

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
Instituição para o progresso da Cirurgia

Diretor : Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LXI

São Paulo, Abril de 1951

N.º 4

Sumário:

	Pág.
Lipoma Sub-mucoso do colo transversal — Drs.	
EDIBON DE OLIVEIRA e ROBERTO A. AUM.....	243
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Neuro-psiquiatria.....	253
Dermatologia e Sifilografia.....	256
Ginecologia e Obstetrícia.....	267
Anestesiologia.....	268
Sociedade Médica São Lucas.....	260
Outras Sociedades.....	270
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	274
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Brasileira de Medicina.....	276
Associação Paulista de Medicina.....	276
Congressos Médicos:	
III Congresso da Associação Paulista de Medicina	277

*Um produto de nitida ação
antiespasmódica*

REBALSIN - PAPAVERINA

Em ampolas com
50 mg de papaverina:

Benzopiradamina	0,429 g
Dialilmaloniluréia	0,060 g
Uretana	0,560 g
Glicol propilénico	0,050 g
Alcool benzílico	0,080 g
Cloridrato de papaverina ...	0,050 g
Água destilada, q.s.p.	2,5 cm ³

Em ampolas com
50 mg de papaverina:

Benzopiradamina	0,429 g
Dialilmaloniluréia	0,060 g
Uretana	0,560 g
Glicol propilénico	0,050 g
Alcool benzílico	0,080 g
Cloridrato de papaverina ...	0,050 g
Água destilada, q.s.p.	2,5 cm ³

INDICAÇÕES:

Antiespasmódico, analgésico e sedativo, particularmente no campo da cardiologia: Algias da angina do peito, do enfarto miocárdico, da hipertensão arterial; algias devidas à vaso-constricção e, de modo geral, como espasmolítico em todos os casos rebeldes.



POSOLOGIA:

1-4 ampolas por dia, via intramuscular profunda.



LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.

RUA JAGUARIBE, 118 — SÃO PAULO

VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula :

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Bicarb. de Sódio . . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA :		Cr\$
2. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00
3. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		900,00
4. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.200,00
TEXTO :		Cr\$
1 pagina (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00
½ pagina (9 × 12 cm.) por vez		550,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.) por vez		300,00
Encarte por vez		1.000,00
Pagina fixa		20 % de aumento.



Princípio anti-tóxico do fígado
(Fracção hidrosolúvel)

ACROSIN

ANTI-TÓXICO
ANTI-NECRÓTICO
ANTI-INFECCIOSO

LABORATÓRIO CLÍMAX LTDA.

Rua Joaquim Távora, 519 - São Paulo

- CONTRA DORES -
Troipel
- COMPRIMIDOS -



Homburg

Associação estável e assimilável de ferro coloidal, cacodilatos alcalinos quimicamente puros e sulfato da estricnina em meio isotônico especial.

HÉMO CYTO-CORBIÈRE

ANEMIAS
POST-INFECIOSAS

ANEMIA
POST-HEMORRÁGICA
CONVALESCENÇAS

CYTO-CORBIÈRE

EMAGRECIMENTO
ADENOPATIAS

FRAQUEZA
PALUDISMO CRÔNICO

Injeções indolores, todos os dias ou todos os dois dias.
Caixas de 12 ampólas de 5 cm³ para adultos e de 3 cm³ para crianças.



Fabricado no Brasil com licença especial dos LABORATOIRES CORBIÈRE, PARIS.
SOCIEDADE ENILA LTDA. Caixa 484. Rio. Única distribuidora para todo o Brasil

ALCALOIDES ATÓXICOS

GENALCALOIDES

de Polonovski e Nitzberg

GENATROPINE

Sedativo do vago. Hipercloridria
- Espasmos Digestivos - Úlceras
Gastro-Duodenais - Colon Irritável.

GENESERINE

Sensibilizadora do vago, aumenta
as contrações e excita as secre-
ções do trato gastro-intestinal.
Opõe-se à hiperexcitabilidade do
simpático.

Síndrome dispeptica hipotônica com
hipoacidez e dor solar. Neurose
cardíaca. Palpitações.

GENOSCOPOLAMINE

Síndrome de Parkinson. Tremo-
res. Rigidez. Enjôo de mar ou de
avião.

GÓTAS

XX Gótas - 1 mgr. 10 a 30 gótas
3 vezes ao dia.



FABRICADO NO BRASIL COM LICENÇA ESPECIAL DOS LAB. AMIDO - PARIS
PELOS LABORATORIOS ENILA S. A. - R. RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucócio a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucócio Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucócio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucócio em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

**MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)**



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Telegr.: "BAXTER"

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 33-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 100,00 -- Numero avulso Cr \$ 10,00

VOL. LXI

ABRIL DE 1951

N.º 4

Lipoma sub-mucoso do colo transverso *

Dr. Edison de Oliveira

*Livre Docente de Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas.
Proctologista e Assist. de Clínica Cirúrgica da Escola Paulista
de Medicina (Prof. Bernardes de Oliveira)*

Dr. Roberto A. Aun

*Assistente do Departamento de Anatomia e Fisiologia Patológica da
Escola Paulista de Medicina (Prof. Moacyr de Freitas Amorim).
Anatomo Patologista da C. A. P. S P. em São Paulo*

Os lipomas do colo têm seu interesse por causa da sua relativa raridade. São dignos de consideração, além do mais, pelo bom prognóstico, após sua excisão, e pela cirurgia menos radical que poderá ser empregada, quando são reconhecidos antes ou durante a operação.

Revendo a literatura nacional e estrangeira, embora de uma maneira incompleta, verificamos que muito possivelmente o primeiro caso de lipoma do colo foi relatado por Bauer, em 1757, seguindo-se os de Meckell, Huss, Cruveilhier, Sangalli, etc....

Os trabalhos clássicos sobre o assunto são o de Stetten (1909), abordando o estudo dos lipomas sub-mucosos do trato gastro-intestinal; o de King, 1917, estudando os tumores benignos do intestino com especial referência aos fibromas; o de Derocque e Derocque, 1924, sobre os lipomas sub-mucosos do intestino; o de Ayres Netto e Azevedo, 1927 sobre lipomas sub-mucosos do trato gastro intestinal; o de Pemberton e Mc Cormack, 1937, sobre lipomas sub-mucosos do colo e reto; o de Gault e Kaplan, 1941, estudando os lipomas sub-mucosos do colo; o de Long, Dockerty e Waugh, 1949, sobre lipomas do colo e finalmente o de Mayo e Donald, 1949, sobre lipomas sub-mucosos do colo.

* Trabalho apresentado ao VII Congresso do Colégio Internacional de Cirurgiões, reunido em Buenos Aires em Agosto de 1950.

Citamos esses trabalhos, entre muitos outros, porquanto além do relato de seus casos fazem esses autores uma revisão dos demais existentes na literatura mundial.

Na literatura brasileira, além do caso relatado por Ayres Netto e Vicente Azevedo, temos o de Cunha Campos, Souza Campos Filho e de Waldemiro Nunes, este relato pessoal de um caso de lipoma sub-mucoso do reto.

INCIDÊNCIA

Excluindo os adenomas são os tumores benignos mais encontrados no colo. Staemmler, citado por Comfort, em 17.000 exames pos-morte, encontrou uma incidência de 0.05% para os lipomas do delgado e colo enquanto na Mayo Clinic, encontrou Comfort uma incidência de 0,5%, em 3.924 necropsias consecutivas.

King, na Mayo Clinic, verificou que em 44.654 operações intra-abdominais foram encontrados 6 casos de lipomas ao colo.

Kirshbaun, citado por Pemberton e Mc Cormack, em 5.734 necropsias consecutivas encontrou somente 2 casos de lipomas do colo.

E' possível que com um exame mais cuidadoso seja aumentada essa incidência.

CLASSIFICAÇÃO

Os lipomas do colo podem se desenvolver em duas regiões da parede intestinal; uns se desenvolvem no tecido conjuntivo da sub-mucosa, são os lipomas sub-mucosos e outros no tecido conjuntivo sub-seroso, são os lipomas sub-serosos. Estes são bem mais raros que os sub-mucosos e se desenvolvem a custa dos apêndices epiplóicos.

ANATOMIA PATOLÓGICA

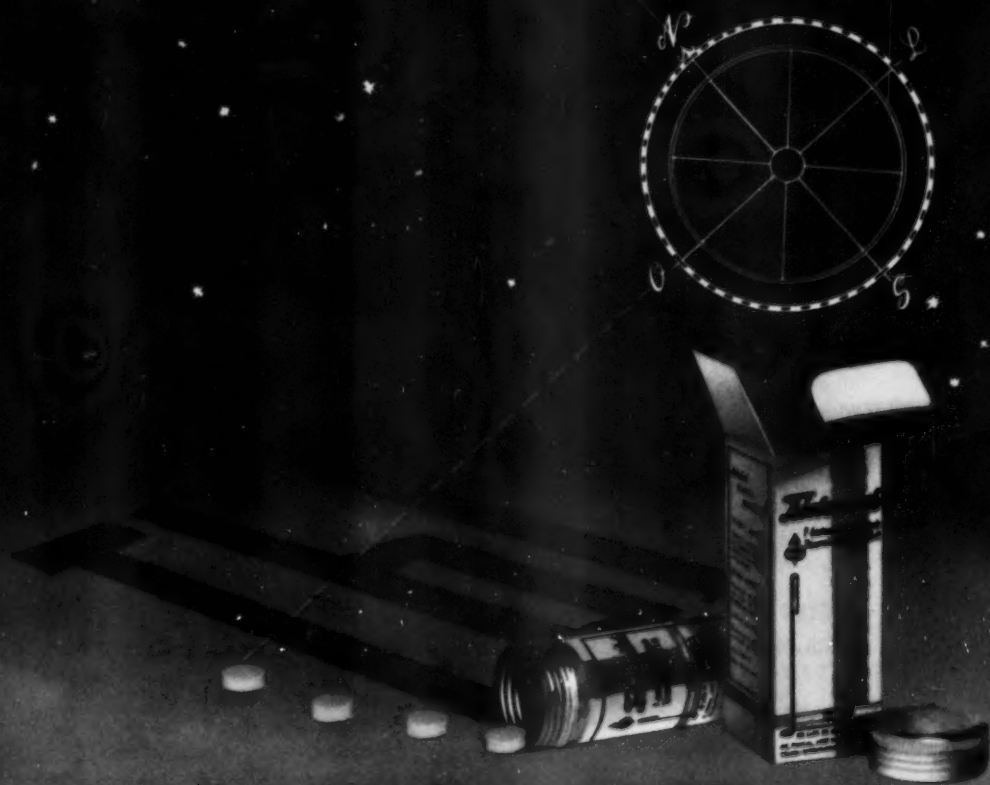
1.º) Séde: Os lipomas podem se desenvolver em qualquer porção do grosso intestino, mas, como os tumores malignos localizam-se, de preferência, ao nível do ceco, sigmóide e reto.

2.º) Número: Geralmente é único, no entanto observações existem de tumores múltiplos. As vezes, encontram-se mesmo uma coexistência de lipomas sub-mucosos com outros sub-serosos.

3.º) Volume: E' extremamente variável; aqueles que se manifestam clinicamente medem desde o tamanho de uma nóz até o de uma laranja ou mesmo a da cabeça de um feto.

Esses lipomas volumosos não são vistos senão ao nível do intestino grosso.

*NOVOS RUMOS
PARA A CURA
DA TUBERCULOSE*



TEBESANTAS

Tebesanitas

O **TEBESANITAS** é o Para-acetaminobenzaldehide Tiosemicarbasone, um produto da série dos tiosemicarbasone, e foi empregado inicialmente na Alemanha sob o nome de Tb1 ou Conteben, no tratamento da tuberculose; a ele associamos alguns constituintes do complexo B.

Os tiosemicarbasone (**TEBESANITAS**), segundo atualmente se sabe, têm indicações obrigatórias em certas formas de tuberculose, porém não em tôdas, de sorte que não substituem outros recursos quimioterápicos, ou não, de combate à tuberculose, mas cooperam com eles.

O tiosemicarbasone age por um lado como bacteriostático, e bactericida, e por outro, melhorando as condições de defesa e reação do organismo ao processo tuberculoso.

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO :

A droga pode ser administrada por via oral e também ser aplicada tópicamente segundo técnicas variáveis conforme o caso. Assim pode ser aplicada em "spray" nos casos de ulcerações do laringe e regiões visinhas, e em casos de empiema e cavernas fechadas; como irrigação vesical. Naturalmente nestes casos emprega-se o tiosemicarbasone em suspensão em vários veículos.

FÓRMULA (por comprimido)

Para-acetaminobenzaldehide Tiosemicarbasone	0,050 g
Vitamina B1	0,010 g
Vitamina B2	0,002 g
Vitamina B6	0,002 g
Veículo apropriado q. s. p. compr. de	0,240 g

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

D O S E S :

A questão das doses a serem empregadas no tratamento das diversas formas de tuberculose é da maior importância, e deverá ser feita sob rigorosa supervisão médica.

De início, meio comprimido por dia para adultos, depois até 2 a 4 comprimidos por dia. De um modo geral 2 mgrs. por quilo de peso.

APRESENTAÇÃO :

Frascos com 40 comprimidos.

INDICAÇÕES :

- Tuberculose cutânea e lupus tuberculoso.
- Tuberculose das mucosas.
- Formas exsudativas da Tuberculose Pulmonar.
- Tuberculose pulmonar crônica de disseminação hematogênica.

CONTRA-INDICAÇÕES :

Abster-se do uso de piramido durante o tratamento com o **TEBESANITAS**.

Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420

TELEFONES: 70-2184 • 70-1262

SÃO PAULO — BRASÍLIA

4.º) Forma: É geralmente arredondado ou ovóide, com sua superfície lisa ou irregular, às vezes, mamilosa. Quando bastante desenvolvido ele faz saliência na luz do intestino, e, muitas vezes, chega a se pediculizar, formando um polipo lipomatoso.

Com frequência, também, nota-se ulceração da mucosa que o recobre.

5.º) Anatomia-microscópica: Constituído por tecido adiposo é envolvido por uma cápsula conjuntiva que envia trabéculas para a profundidade do tumor, dividindo-se em lóbulos.

Essa cápsula conjuntiva permite sua fácil enucleação.

Devido a perturbações na sua circulação podem esses tumores apresentar edema, congestão, ulceração, hemorragias na própria substância do tumor, infiltração leucocitária e necrose.

Formações císticas, calcificação ou degeneração mixomatosa e sarcomatosa podem ser observadas.

S I N T O M A T O L O G I A

Sob o ponto de vista clínico podemos dividir os lipomas do colo em dois grupos, aqueles do colo propriamente dito e os do reto. Os lipomas sub-mucosos do reto se caracterizam por sensação de peso no reto, por perda de sangue nas evacuações, quando se apresentam ulcerados, e procidência ou prolapso.

Não raro, podem ser expulsos espontaneamente, o que, é verdade, também pode acontecer com lipomas situados bem mais altos.

O diagnóstico de suspeita é confirmado pelo toque ou pelo exame retossigmoidoscópico, no que diz respeito à existência no reto ou reto-sigmóide dum tumor polipóide, que bem pode ser também um adenoma ou um fibroma. Sómente em casos excepcionais poderemos afirmar ou fazer o diagnóstico provável de lipoma.

Os lipomas sub-mucosos do ceco-colo podem ser sub-divididos em dois grupos, o assintomático e outro apresentando sintomas. Aquêles constituem achados de necrópsia ou são constatados durante uma laparotomia indicada pela existência de lesões outras.

A sintomatologia apresentada pelos tumores pertencentes ao segundo grupo é muito variável, a sua existência se exteriorizando ora por sintomas intestinais crônicos, ora por uma crise intestinal aguda, seja de início ou complicando aquêles.

A oclusão intestinal aguda, na grande maioria dos casos, é devida a uma invaginação intestinal provocada pela presença do tumor.

Em casos mais raros, como os de Bland-Sulton, Russel, Förster e Lobey citados por Derocque, a oclusão intestinal pode ser provocada unicamente pelo tumor e espasmo do intestino.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pre-operatório de lipoma do colo só raramente é feito.

Carcinoma do colo, invaginação e apendicite foram os diagnósticos feitos na maioria dos casos citados na literatura.

O estudo radiológico do colo pelo método de Fisher e a palpação do chamado tumor fantasma, como no caso de Souza Campos Filho, permitem fazer o diagnóstico de tumor do colo, com invaginação de repetição, já assinalada por vários autores e chamada mesmo "invaginações intermitentes".

Weber, em comunicação pessoal a Pemberton e Mc Cormack, por motivos que explana, afirma ter sido possível com o uso do duplo contraste no exame radiológico do colo, suspeitar a verdadeira natureza histológica de alguns dos lipomas encontrados.



Fig. 1

TRATAMENTO

O tratamento é sempre cirúrgico.

A expulsão espontânea do tumor ou do segmento invaginado e a desinvaginação são ocorrências raras.

No casos de tumores do reto, deve-se preferir a via natural empregando-se tal ou qual técnica de acordo com cada caso em particular. Nos demais casos deve-se recorrer à via alta.

Se fôr feito o diagnóstico de tumor benigno durante a intervenção e se a invaginação por ventura existente for facilmente desfeita a excisão simples do tumor depois de feita colotomia se indica perfeitamente.

Nos casos de dúvida ou naqueles em que a invaginação não pode ser feita a resecção de um segmento de colo, por esta ou aquela técnica, é a indicada.

OBSERVAÇÃO :

A. B.: 57 anos, casada, portuguesa.

Antecedentes familiares: Pais e dois irmãos falecidos, sendo que um destes dum tumor no pancreas (*sic*).

Antecedentes pessoais: Nada digno de nota.

Menopausa aos 50 anos.

Queixa principal: Constipação.



Fig. 2

Historia molestia atual: Há já muitos anos, talvez 30 anos, que apresenta constipação só evacuando cada 3 a 5 dias. Há uns 5 anos, depois um serio desgosto, piorou de sua constipação só evacuando com o uso de laxantes. De 2 meses para cá piorou mais ainda, pois passou a evacuar só com o auxilio de lavagens intestinais, o que fazia cada 2 a 3 dias. Refere ainda que nestes ultimos 2 meses tem tido colicas abdominais, não podendo bem localizar a dôr, e que em duas ocasiões foram essas colicas acompanhadas de vomitos.

No dia 8-12-1949 deu entrada na Enfermaria com 36, 7° C. de temperatura, 82 de pulso e pressão arterial M \times 16 Mn 10.

Ao exame fisico constatou-se, pela palpação, uma tumoração, em forma de chouriço, à esquerda um pouco acima da cicatriz umbilical.

O exame radiologico do colo, com enema baritado revelou um obstaculo ao nivel do colo transverso, proximo ao angulo esplenico.

Exame urina tipo I: nada digno de nota.

Dosagens ureia no sangue 5 mgrs %.

Dosagem proteínas total ou 6,01 %.

Exame hematológico:

Glob. vermelhos 4.390.000 Glob. brancos 9.100.

Hemoglobina 13,4 grs. % — 89 %

Valor globular 1,02.

Neutrófilos 58 % Eosinófilos 2 %.

Basófilos 0 % Linfócitos 35 %.

Monócitos 5 % — Miélocitos 0 % — Metamielócitos 0 %

Bastonetes 14,5 % — Segmentados 43,5 %.

Tipo sanguíneo A (II) — Rh positivo.

Depois de convenientemente preparada com o diagnóstico de obstrução parcial crônica, foi operada em 2-1-1950. Anestesia geral (Tionembutal — Curare — Eter).

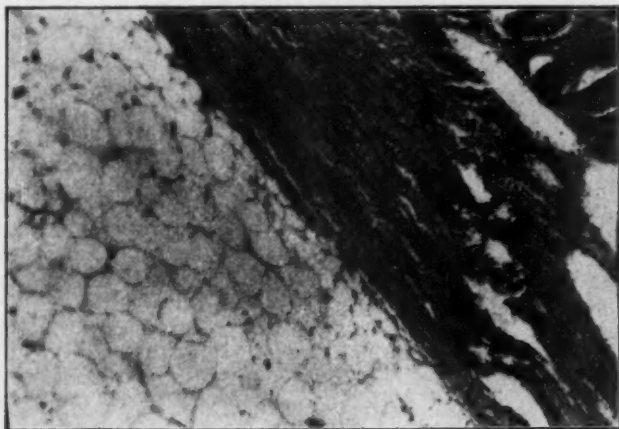


Fig. 3

Incisão transretal esquerda infra e supra-umbilical. A inspeção da cavidade abdominal cicatriz de ulcera na parede anterior do bulbo duodenal e invaginação da porção distal do transverso que descia até a porção media do colo descendente. Desinvaginado facilmente o colo transverso, pela palpação, constata-se a existencia, no terço distal do mesmo dum tumor, do tamanho duma laranja, mais ou menos, e obstruindo a luz do intestino, e dando a impressão de ser sessil, pois não apresentava mobilidade. Ressecção de parte do transverso com anastomose termino-terminal. Fechamento por planos da parede abdominal. Sequencia e resultados tardios bons.

Exame anatomo-patológico:

Relatório macroscópico: — O material recebido consta dum tumor do colo transverso, que mede $7 \times 6 \times 3,5$ cms. O tumor, que é sub-mucoso e sessil faz saliencia na luz do intestino e tem a forma duma esfera ligeiramente achatada.

Sua superficie é lisa e se apresenta recoberta por um material necrotico de coloração cinzento-escura. (Fig. 1).

Apresenta-se com consistencia mais ou menos dura à palpação e ao corte. A superficie de corte mostra um entremeado de zonas amareladas circunscritas por feixes conjuntivos de coloração esbranquiçada. (Fig. 2).



SEDANDRÓMACO

CALMANTE

E

TONICO NERVOSO

LABORATORIOS ANDRÓMACO S. A.

São Paulo - Fone 3-3106 — Rio - Fone 43-9718

Dir. Tec. Dr. Paulo Andrade

SEDANDRÓMACO

SEDATIVO DO SISTEMA NERVOSO
PROVOCA UM SONO CALMO E REPARADOR
TRATAMENTO RÁPIDO E EFICAZ
DOS ESTADOS ANGUSTIOSOS

Fórmula

Cada comprimido contém:

Fosfato orgânico (inositá-hexa fosfato de cálcio e magnésio)	75,00 mg
Etil-fenil-maloniluréia	25,00 mg
Vitamina B ¹	0,50 mg
Ácido nicotínico	0,50 mg
Boldina	0,25 mg
Excipiente q. s. p.	200,00 mg

Doses

Iniciar pela dose mínima de um comprimido ao dia, podendo ser aumentada de acôrdo com as necessidades, até 10 comprimidos. (Salvo indicação médica).

Aconselhamos esta dosagem que se caracteriza por certa variação na quantidade, por estarmos convencidos de que não ha doença e sim doentes, reagindo cada organismo de uma maneira tôda especial aos mais variados medicamentos. Poderá, assim, cada facultativo, encontrar a dose ótima, a qual conduzi-lo-á ràpidamente à cura

Apresentação

Em vidros com 30 e 60 comprimidos.



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO
RUA INDEPENDÊNCIA, 706 - TEL. 2-7148 - SÃO PAULO

Exame microscópico: — Cortes em congelação e inclusão em parafina. Metodos de coloração: — Hematoxilina-eosina, Sudan, III e Van Gieson.

Os cortes mostram a mucosa fortemente adelgada e ulcerada em grande extensão, nos pontos em que a pressão exercida pela neoplasia é a mais intensa. Nos demais pontos a mucosa se apresenta conservada. Sob a muscularis mucosae, nota-se a massa néoplasica constituída por tecido adiposo, formado por células gordurosas adultas. Não se observam ninhos de células adiposas jovens.

de células adiposas jovens. (Figs. 3 e 4).

Diagnóstico: — *Lipoma da sub-mucosa.*

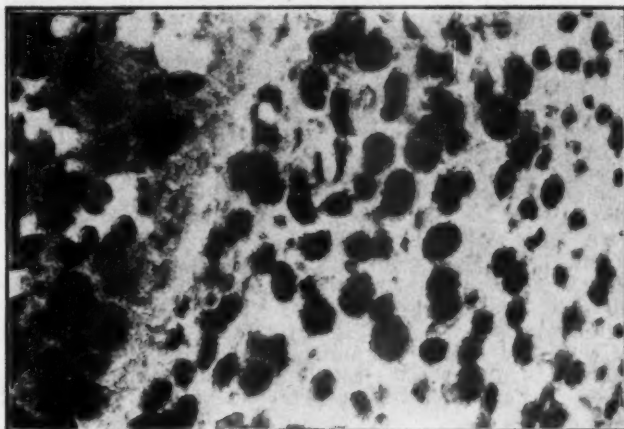


Fig. 4

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ANDERSON, J. K. — FANSLER, W. A. "Sub-mucous lipoma of the rectum" *Journal Lancet* 59:4, 1939.
- 2 — CABOT, "Lipoma of cecum" — *New England J. M.* 216:795, 1937.
- 3 — CAMPOS, P. S. FILHO — "Lipoma sub-mucoso do colon descendente" A ser publicado na *Revista Brasileira de Gastroenterologia*.
- 4 — CAMPOS, B. C. — "Obstrução intestinal crônica" *Rev. Bras. de Med. e Farmacia* 7-8-9:580, 1926.
- 5 — CLAGGET, O. T. — "Lipoma of the Cecum" *Proc. Staff. Mayo Clinic* 14:505-507 (Aug. 9), 1939.
- 6 — CONFORT, M. W. — "Submucous Lipomata of the Gastro-Intestinal Tract" — *Surg. Gynec. Obst.* 52:101-118 (Jan.), 1931.
- 7 — COOPER, H. G. N. — "Intussusception in adult due to lipoma" — *Brit Med. J.* 1:328, 1939.
- 8 — D'AVELA et TOURENC — "Invagination intestinale aiguë, provoquée par un lipome sous-muqueux du cecum". *Mem. Acad. de Chir.* 63:1326, 1937.
- 9 — REROCQUE, P. — DEROCQUE, A. — "Les lipomes sous-muqueux de l'intestion" — *J. de Chirurgie* 24:163-172 (Août), 1924.
- 10 — FABER, J. E. — "Menorrhagia in a case of uterus bilocularis; sub-mucous lipoma of the cecum causing intussusception". *Proc. Staff Mayo Clinic* 11:299-300 (May 6), 1936.

- 11 — FETZER, H. — "Das Dickdarmlipom. Betrachtungen zur Roentgediagnose" — *Klin. Wchnschr.* 16:205, 1937.
- 12 — GANET, J. T. — KAPLAN, P. — "Sub-mucous. lipoma of the colon; report of a case" *Am. Journal Surg.* 53:145-151, 1941.
- 13 — JULIAN, O. C. — "Large pedunculated lipoma" *Radiology* 32:479, 1939.
- 14 — KENT, G. B. — SANVYER, K. C. — "Multiple submucours lipomata". *Colorado Med.* 34:903, 1937.
- 15 — KING, E. L. — "Benign tumors of the intestines with special reference to fibroma" — *Surg. Gynec. Obst.* 25:54-61, 1917.
- 16 — KIRSCHBAUM, J. D. — "Sub-mucous lipomas of the intestinal tract, as a cause of intestinal obstruction" — *Ann. Surg.* 101: 734-739, 1935.
- 17 — LAZARUS, J. A. — MARKS, M. S. — "Submucous lipomas of colon with special reference to acute and chronic intussusception". *Am. J. of Surg.* 70:114. 1945.
- 18 — LONG, C. G. — DOCKERTY, M. B. — WAUGH, J. M. "Lipoma of the colon" *Surg. Clin. North America* v. 29 (4); 1233-1243, 1949.
- 19 — LYNCH, J. M. — FELSEN, J. — "Tumors of the colon and rectum". Paul. B. Hoeber New-York, 1925, pg. 234-236.
- 20 — MAYO, W. W. — GRIESS, D. F. — "Submucous lipoma of the colon" *Surg. Gynec. Obst.* 88:309, 1949.
- 21 — NETTO, J. A. — AZEVEDO, G. V. — "Lipomas sub-mucosos do intestino. Invaginação no adulto (a proposito de um caso)" *Rev. de Med. de São Paulo* 12:456, 1927.
- 22 — PERMBERTON, J. J. — MC. CORMACK, C. J. — "Submucous lipomas of colon and rectum" — *Am. J. Surg.* 37:205-216., 1937.
- 23 — POSTON, R. I. — "Acute enteric intussusception in a adult caused by lipoma, with a survey of the literature" *Brit. J. Surgery* 22:108-112, 1934.
- 24 — RANKIN, F. W. — BARGEN, J. A. — BUIE, L. A. — "The colon, rectum and anus" W. B. Saunders, 1935, pg. 396-398.
- 25 — ROSS, K. — "Lipoma of colon" — *Brit. J. Surgery* 23:866, 1936.
- 26 — SCHOTTENFELD, L. E. — "Lipomas of the gastro-intestinal tract, with special reference to the small intestine including the ileum; review of the literature and report of six cases". *Surgery* 14: 47-72, 1943.
- 27 — STETTEN, D. — "The sub-mucous lipoma of the gastro-intestinal tract: a report of twoo sucessfully operated cases and an anaysis of the literature". *Surg. Gynec.* 9:756-176, 1909.
- 28 — TISSIANELO, G. — "Lipoma sottomucoso del colon transverso". *Gazz. d. osp.* 59: 343, 1938.
- 29 — THREADGILL, F. D. — "Intestinal lipoma simulating carcinoma of the sigmoide colon" — *Am. J. of Surg.* 73:398, 1947.
- 30 — WEISE, W. — "Beitrag zur Kenntnis der lipome des Dickdarms". *Deutsche Ztschr. für Chid.* 250:692, 1938.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

NEO-ANTERGAN



Alergia...

Anti-histamínico de síntese,
o NEO-ANTERGAN é o novo me-
dicamento de grande valor te-
rapêutico em todos os estados
alérgicos.



— A marca de confiança —

LLS

R90-448 - PANAM

*Úlceras
gastro-duodenais*



Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.

Av. Presidente Franklin Roosevelt, 115
Caixa Postal, 329 — Rio de Janeiro

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 9 de outubro de 1950

Presidente: Dr. João Batista dos Reis

Punção da cisterna do sulco inter-hemisférico. O líquido sub-aracnóideo cerebral. A pneumencefalografia por via supratentorial. A falcigrafia ou pneumofalcigrafia (Nota prévia). Dr. Silvio de Vergueiro Forjaz. Inicia o autor pela definição e detalhes técnicos da punção que realiza através de orifícios de trépano na região occipital e com auxílio de cânulas, como as usadas para a ventriculografia. Passa, depois, em revista os resultados que obteve com a análise de seis amostras de líquido extraído da cisterna supracalosa, e as principais diferenças que encontrou, confrontando-as com líquidos dos mesmos pacientes, porém extraídos em outras regiões (ventrículos, cisterna magna, região lombar). Um maior número de células, maior teor em proteínas totais com maior positividade das rea-

ções para pesquisa das globulinas, tendência a precipitação nos tubos da zona média da reação do benjoim, maior sensibilidade de reação de Wassermann nessas amostras, tais foram os resultados obtidos. Refere, a seguir, outra possibilidade que realizou com este método: a insuflação de ar no espaço subaracnóideo cerebral (pneumencefalografia), com suas vantagens e desvantagens. Menciona as possibilidades da iodencefalografia, e a utilização desta via para introdução de medicamentos.

Mielopatia neuro-óptica (Devic). Artérico e arteriolosclerose. Estudo anatomo-clínico de um caso. Drs. J. Lamartine de Assis, O. Aida e J. Lombardi. Nestes últimos anos os pesquisadores têm dedicado maior atenção a um grupo de afecções nevosas características, do



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84-4.

HORMOMERCURIALINO MASCULINO

Solução de 0,01 de Cianureto de Mercurio em 1 c. c. de soro Hormônico Masculino.

HORMOMERCURIALINO FEMININO

Solução de 0,01 de Cianureto de Mercurio em 1 c. c. de soro Hormônico Feminino.

O Soro Hormônico torna mais perfeita a tolerância do metal. Experimentalmente eficaz na sífilis nervosa.

DOSES: Uma ampola diariamente. (Intramuscular).

ponto de vista anátomo-patológico, pelo processo dismielinizante. A tendência atual é a de se reunir todas as doenças cuja lesão fundamental e primária seja a dismielinização, em um único grupo. A importância destas doenças, entre as quais se incluem a neuromielite óptica, decorre, de um lado, da relativa frequência das mesmas, e de outro, da gravidade que soem assumir, além das relações que apresentam, muitas vezes, com moléstias infecciosas, intoxicações e fatores endógenos. O fato de se não conhecer ainda a etiologia de todos os casos, constitui sério obstáculo, não só para a classificação como para a terapêutica dessas doenças. Muito se progrediu nestes últimos anos, graças principalmente aos trabalhos experimentais, visando esclarecer a etiologia da dismielinização. A frente destas pesquisas se colocaram Ferraro e Tervis e col., Kahat e col. e Rivers, os quais concluíram pela doenças dismielinizantes. Este fato veio trazer, sem dúvida, nova contribuição para o tratamento destas afecções, até há pouco bastante precário. Estes fatos, a nosso ver, justificariam a contribuição anátomo-clínica relativa a um dos componentes mais comuns deste vasto e complexo grupo.

Trata-se de mulher de 52 anos de idade, cuja doença se iniciou há 10 meses, com baixa progressiva da visão em O.D. e amaurose total no fim de 2 meses. Nessa ocasião sobreveio hemiplegia motora esquerda, seguida de convulsões parciais desse lado. Após 4 meses, instalou-se hemiplegia motora direita, tornou-se impossível a deambulação. Na ocasião da internação a enferma estava diplégica, com sinais de intensa insuficiência respiratória, queixando-se de dores na nuca irradiadas para os ombros e braços, além de parestesias no membro superior esquerdo. Os antecedentes não apresentam maior interesse. O exame clínico mostrava sinais de insuficiência respiratória e de arteriosclerose. Não havia sinais de estase brônquica ou nas bases pulmonares. Exame psíquico normal. O

exame neurológico, em síntese, mostrou: síndrome motora central constituída por diplegia parcial, pirâmido-extrapiramidal, poupando a face; síndrome motora periférica caracterizada por atrofia e hipotonia de músculos das mãos, retração da aponeurose palmar e dos tendões flexores; reação de degeneração nos músculos dependentes do cubital e em alguns dependentes do mediano em ambas as mãos; síndrome sensitiva representada por acometimento da sensibilidade superficial e profunda em todo o corpo a partir de C₃ (tipo cordonal); síndrome sensorial com atrofia da papila em O.D., amaurose total desse lado e leve hiperemia venosa em O.E.; síndrome líquórica representada por ligeiro aumento de células e de proteínas, reação do benjoim com discreta curva de tipo meningo-parenquimatoso e reação de Takata-Ara de tipo floculante; síndrome convulsiva parcial à esquerda. Este quadro conservou-se inalterado por um mês, quando sobreveio violento surto dispnéico de tipo asmático, que cedeu com a administração de teofilina na veia. Poucos dias depois, houve novo surto dispnéico, que se prolongou até a morte, apesar de todas as medidas terapêuticas tomadas. Duração total da doença: 12 meses. Finalizando, os autores apresentaram cinco diapositivos referentes às alterações histopatológicas do caso.

Comentários: — Dr. Paulo Pinto Pupo: Num paciente com sintomatologia de síndrome da medula cervical, associada a sintomatologia de amaurose por atrofia do nervo óptico, e a crises convulsivas, pergunto: Qual a cronologia do aparecimento de tais sintomas? qual o diagnóstico clínico feito em vida, levando-se em conta a idade do paciente e a arteriosclerose generalizada? em que bases foi feito o diagnóstico diferencial anátomo-patológico entre as alterações evidentes de mielomalácia e as da neuromielite óptica?

Dr. Antonio B. Lefèvre: Parece que o assunto relativo ao caso apresentado está recebendo uma



Extratos embrionários
e Hepáticos
Sôro hemopoético, Ferro

**HEPAMOXYL
XAROPE**

Com
ÁCIDO
FÓLICO

EMAGRECIMENTO - ANEMIAS -
PERTURBAÇÕES DO CRESCI-
MENTO - DEFICIÊNCIAS
ORGÂNICAS

Vidro com
220 cm³

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO



São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

verdadeira transfusão de entusiasmos, depois que vem sendo comprovada a patogenia alérgica desses distúrbios. Esse ponto é de muito interesse e justifica esta comunicação uma vez que se abrem possibilidades terapêuticas para certas afecções do sistema nervoso, das quais até agora éramos apenas espectadores. No volume mais recente de Spiegel há um trabalho em que foram empregados anti-histaminicos em caso de acidente após vacinação anti-rábica. Foi usado o Benadryl, por via intravenosa, e o paciente melhorou de um dia para outro. Tratamos também de um caso de encefalopatia pós-sarampo, com Benadryl, com resultados muito bons. Em casos de encefalopatia pós-vacinação antistafilocócica este medicamento também tem dado bons resultados. Convém ser lembrada essa terapêutica.

Dr. J. Lamartine de Assis: Chamou-me primeiramente a atenção o comprometimento dos nervos ópticos; a síndrome medular surgiu depois, quando o olho direito ficou completamente amaurótico, dois meses depois o quadro modificou-se com a paralisia do lado direito do corpo. Por isso chamei o processo de diplégico, isso do ponto de vista cronológico. Quanto ao

diagnóstico clínico, de início foi de processo degenerativo do nervo óptico e da medula, a chamada mielopatia neuro-óptica. Outra idéia que tive foi que se tratasse de um processo a vírus, mas esse seria um processo secundário. O primeiro processo que me chamou a atenção foi o processo degenerativo. Não me orientei no sentido de um diagnóstico vascular. A idade da paciente também não fazia pensar nesse fator etiológico como responsável pela lesão do sistema nervoso e nervo óptico. Agradeço os comentários do Dr. Lefèvre sobre as experiências que permitem concluir que o fator alérgico tem muita importância na gênese das síndromes dismielinizantes do sistema nervoso.

Dr. O. Aida: O processo de arteriosclerose era pouco intenso e não parece que tenha sido responsável pela malícia encontrada no nível cervical da medula. A pressão arterial da paciente era de 110-80, de modo que tenho a impressão que não podemos responsabilizar a arteriosclerose por esse quadro, principalmente levando em conta as condições clínicas do caso, o acometimento do nervo óptico e a falta de outros focos de amolecimento do encéfalo.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFIOGRAFIA,

em 11 de outubro de 1950

Presidente: Dr. Affonso Bianco

Micoses profundas na Venezuela — Dr. Humberto Campins (convidado). Foi comprovada na Venezuela a existência de quase as micoses profundas conhecidas até hoje. A exposição do autor se limitará a comentar a casuística daquelas por ele observadas durante estes últimos 3 meses, ilustrando-se com projeções de fotografias clínicas, de cortes histológicos e das culturas obtidas.

Coccidioidomicose — Foram estudados dois casos de forma crônica chamada granuloma cocci-

dióidico, os únicos conhecidos até agora na Venezuela. O primeiro apresentava somente lesões verrucosas no dorso da mão esquerda, tendo-se dado a primo-infecção, ao que parece, na primeira falange do dedo médio correspondente. No segundo caso havia processo inflamatório crônico fistulizado na rótula esquerda e adenites discretas em várias regiões. O diagnóstico se baseou na presença de "Coccidioides immitis" nas lesões de ambos os pacientes, tendo sido isolados cogumelos que apresentavam todos os caracteres macro e mi-

CHOLIGEN

(comprimidos)

Quimioterápico das vias biliares

CHOLIGEN é uma especialidade farmacêutica, contendo uma substância ativa a hidroximetilamida do ácido nicotínico. Este medicamento, preparado por síntese completa na secção de química do *Laboratório Paulista de Biologia*, satisfaz plenamente as condições indispensáveis para uma terapêutica eficaz das afecções inflamatórias das vias hêpato-biliares, isto é:

- 1) ação bactericida;
- 2) atividade colerética;
- 3) defesa da célula hepática.

A ação bactericida do CHOLIGEN é demonstrável bacteriológicamente contra germes isolados de tubagens duodenais como diplococos, piococos, enterococos, vários tipos de *b. coli*, *b. intestinais* Gram-positivos e Gram-negativos, *b. piocianico*, etc. A bile de animais tratados com Choligen por via endovenosa apresenta, desde o primeiro dia de tratamento, franca atividade antibacteriana; se o produto for administrado por via oral, no segundo dia a urina, estômago e duodeno do animal apresentam propriedades inibidoras sobre o desenvolvimento de bactérias.

Choligen atua também como fator vitamínica PP, como leve espasmolítico nas cólicas biliares e como estimulante das funções intestinais.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Choligen é indicado:

- 1) como quimioterápico nas infecções das vias biliares.
- 2) como colerético.

Seu emprego é particularmente recomendado nas colestistes, colangites, colelitiasas, gastroenterites e gastroduodenites.

POSOLOGIA

A posologia varia de acordo com o tipo de infecção. Nos casos comuns, a dose para adultos é de 1-2 comprimidos, 3 vezes por dia antes das refeições e durante 3-8 dias. Depois, durante 10-14 dias administra-se um comprimido, 3 vezes por dia. Nos casos com febre elevada, administra-se um comprimido cada 2 horas até queda da temperatura, que deve verificar-se depois de 24-48 horas.

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A
RUA SÃO LUIS, 161 — Fone 4-5106 — SÃO PAULO — (BRASIL)

croscópicos próprios daquela espécie e que se demonstraram patógenos em todas as cobaias inoculadas. Os dois pacientes tendo tido como única residência o Estado de Lara, ficou demonstrada a existência de uma área endêmica daquela enfermidade naquele estado venezuelano. Foram praticadas mais de 7 mil provas cutâneas com coccidioidina nos habitantes dos 7 distritos daquele Estado para poder determinar qual a extensão e intensidade da referida endemia, sendo obtido reações positivas desde 1,1% até 46,4% nos diferentes distritos. A área endêmica do Estado de Lara, localizada no trópico, é pois a terceira estudada no mundo tendo caracteres geológicos semelhantes e climáticos parcialmente diferentes daqueles observados nas áreas norte-americanas e argentina, anteriormente localizadas.

Cromoblastomicose — A primeira publicação venezuelana sobre esta infecção é a de Briceño Iragorri, tendo sido muito pequena a casuística publicada anteriormente. Há muitos fatos dignos de nota com relação à casuística do autor, que não foi ainda dada à publicidade: em primeiro lugar, seu número, que alcançou 25 casos no lapso de tempo relativamente curto de dois anos e meio; em segundo lugar, o predomínio das localizações nos membros superiores (2 casos) que é a localização mais freqüentemente descrita em diversos países, inclusive o Brasil; em terceiro lugar, a quase igual ocorrência da infecção em ambos os sexos (14 homens e 11 mulheres), em contraste com a baixa incidência no sexo feminino, segundo se depreende do estudo de outras estatísticas; por último, o predomínio das formas clínicas observadas pelo autor, ao passo que em outros países predomina a forma verrucosa. O diagnóstico em todos os 25 casos se baseou na presença de cogumelos típicos em cortes de biópsias, tendo sido obtidas culturas positivas em 22 dos referidos casos, conforme será divulgado em publicação ulterior.

Micose de Lutz — Na Venezuela, O'Daly comunicou em 1937 os primeiros casos desta infecção. Os estudos do autor se basearam em 5 casos, dentre os quais se destacam 2 particularmente interessantes. Um deles apresentava, como única manifestação patológica, lesões vegetantes em couve-flor, que vinham evoluindo há 3 anos sobre feridas produzidas por instrumento cortante, durante o trabalho, tendo o mal chegado a comprometer os artelhos, o dorso e os bordos do pé direito. O outro caso apresentava hepatosplenomegalia datando de 8 meses e seu estado febril oscilava entre 39° e 40° C. O "Paracoccidioides brasiliensis" foi encontrado nas lesões do primeiro caso, tendo-se conseguido culturas do material extraído das mesmas. No segundo caso descobriu-se o parasito em lâminas de sangue periférico e a hemocultura foi positiva.

Actinomicose — Cabe a Simon Montiel o mérito de haver descrito em 1908, na Venezuela, o primeiro caso de actinomicose. O autor teve ocasião de observar 3 pacientes com actinomicose cuja localização cutânea era primitiva e exclusiva, tendo sido encontradas nos cortes histológicos as formas características dos agentes casuais, agentes que puderam ser cultivados em ambos os casos.

Comentários: — Dr. Sebastião de A. P. Sampaio: Qual o tipo de estrutura histológica encontrado nas lesões de leishmaniose onde não existiam parasitos?

Dr. Carlos da Silva Lacaz: Os dois casos de granuloma coccidioidico registrados são muito interessantes. No Brasil, não tivemos ainda oportunidade de ver casos de granuloma coccidioidico, pois sabemos que os casos aqui diagnosticados como coccidioidose granulomatosa, eram, na realidade, granulomas paracoccidioidicos. Queria saber qual a evolução e a medição desse caso que apresentava lesões no dorso da mão. Achei muito interessante a fotografia dos aspectos da micose de Lutz em

NOVOS PRODUTOS GLAXO

CYTAMEN + VITAMINA B12 GLAXO

Caixa com 6 ampolas de 1 cc. contendo 20 microgramas por cc.

Tratamento das Anemia Perniciosa, Anemia
Macrofítica da Nutrição, Anemia Macrofítica
da Gravidez e como Tônico Específico.

SECLOPEN

PENICILINA G SÓDICA COM PENICILINA SÓDICA CRISTALINA G

Frasco contendo 300.000 unidades de Penicilina G Procainica.

" " 100.000 unidades de Penicilina G Sódica Cristalina

Para aplicação aquosa, produzindo
alto nível inicial e prolongada ação.

Produtos de

GLAXO LABORATORIES LTD., Greenford, Inglaterra.

Representantes: LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.

Caixas Postais: Rio, 2755 — São Paulo, 3757 — Porto Alegre, 1297
— Curitiba, 593 — Bahia, 887 — Recife, 1080.

TRATAMENTO ELETIVO DOS ECZEMAS
E DAS FORMAS EXSUDATIVAS E PRURI-
GINOSAS DAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS

USO ENDOVENOSO

ECZEMIL

INJETÁVEL

Uma ampôla em dias alternados, **(DESSENSIBILIZANTE)**
até uma ampôla nas 24 horas.

LABORATORIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"

ARNALDO LOPES

RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO

Indústria Brasileira

que se vêm lesões primárias úlcero-vegetantes dos pés. Só tive oportunidade de registrar um caso mais ou menos semelhante em São Paulo. Mais interessantes são as lesões de cromomicose, bastante atípicas para nós que estamos habituados a ver localizações quase que exclusivamente dos pés. Só conheço um caso do Dr. José Maria Gomes, com lesões localizadas na mão. A localização na face e outras, são para nós de grande raridade. Existe um caso de Hilton Rocha, de localização conjutival. Seria interessante estudar o comportamento condicionado pela modificação de ambiente do cogumelo. Desejava saber se, nos casos de "Paracoccidioides brasiliensis", tem visto variações culturais e quais os aspectos observados em culturas na Venezuela, se são diferentes das que observamos no Brasil.

Prof. João de Aguiar Pupo: A comunicação do Dr. Campins é para nós sobremodo interessante, destacando-se a importância que reveste o fator mesológico na determinação do quadro clínico das micoses rofundas e na sua incidência. Com relação aos casos de granuloma paracoccidióidico observados na Venezuela, chama a atenção o fato de apresentarem geralmente início cutâneo, ao passo que, entre nós, começam sua evolução, via de regra, pelas mucosas. Dignos de nota são também a elevada incidência da dermatite verrucosa na Venezuela, bem como as localizações diferentes daquelas habitualmente observadas em nosso país.

Dr. Humberto Cerruti: Tecerei alguns comentários referentes a três itens que se coadunam com observações dermatológicas de nossa terra. Assim, no que se refere aos casos de paracoccidiose sul-americana ou moléstia de Lutz-Almeida apresentados, causa-me estranheza, não só a evolução muito longa de 3 a 16 anos, como também as lesões cutâneas não evidenciarem, nas pesquisas minuciosas, a presença de "Paracoccidioides". Estes dois dados afastam muito os casos apresentados,

dos observados entre nós, a tal ponto, que deixam em meu espírito dúvidas se realmente as lesões apresentadas pelos pacientes são causadas exclusivamente pelo "Paracoccidioides"; talvez haja associação com outro processo granulomatoso que deixou de ser convenientemente identificado, mascarando, até certo ponto, o aspecto clínico primitivo de uma das duas entidades. No que concerne aos casos de cromoblastomicose, se evidencia serem diferentes as localizações apresentadas, em geral, das dos pacientes estudados entre nós. Conheço, entretanto, alguns casos de localizações atípicas, isto é, um estudado por Oliveira Ribeiro, de localização cutânea exclusiva na coxa, cuja lesão era de aspecto nitidamente cicatricial, na parte central, e circunada periféricamente, aliás muito semelhante àquela de um dos casos apresentados hoje pelo dr. Campins; outro caso de localização atípica é o estudado por Alcântara Madeira, cuja lesão cutânea, também única, era abdominal, de bordos nitidamente serpiginosos, com nítida tendência cicatricial central. As lesões de ambos os casos acima datavam de muitos anos. Em face a estes casos, posso portanto afirmar que também entre nós há localizações atípicas da cromoblastomicose porém, em percentagem bem inferior à encontrada na Venezuela pelo Dr. Campins. Finalmente, o terceiro item que desejo abordar é aquele referente ao caso de leishmaniose apresentado, cujos cortes histológicos revelam inúmeros gigantócitos no interior dos quais, com certa frequência, há formações bem coradas pela hematoxilina, ora arredondadas, ora alongadas, ora piriformes. Concordo com a opinião emitida há pouco pelo Prof. Pedro Weiss (de Lima, Peru) aqui presente, de que se trata de gigantócitos por corpo estranho. Entre nós há um trabalho de Cunha Motta, publicado há diversos anos no "Brasil-Médico", onde é estudado minuciosamente este assunto, sendo o autor de opinião que a reação gigantocelular é excepcional na leishmaniose e, quan-



ATROPINASE

ATROPINASE

ANTIESPASMÓDICO - ANALGÉSICO - ANTIPIRÉTICO

FÓRMULAS:

Ampôlas

Sulfato de atropina	0,5 mg
Ácido dialilbarbitúrico	0,1 g
Cloridrato de papaverina	0,04 g
Amidopirina	0,2 g
Uretana	1,0 g
Água destilada — q. s. p.	2 cm ³

Gôtas

Sulfato de atropina	0,25 mg
Ácido dialilbarbitúrico	0,05 g
Cloridrato de papaverina	0,02 g
Amidopirina	0,20 g
Uretana	0,50 g
Água destilada — q. s. p.	1 cm ³

Comprimidos

Ácido dialilbarbitúrico	0,050 g
Amidopirina	0,200 g
Cloridrato de papaverina ...	0,005 g
Sulfato de atropina	0,00015 g
Excipiente — q. s. p.	0,350 g

Indicações

- 1) Nos estados espasmódicos de u'a maneira geral.
- 2) Nos estados febris, acompanhados de dôr ou espasmo.
- 3) Nas cólicas menstruais.
- 4) Nas afecções do trato gastro-intestinal, como nas enterocolites agudas e crônicas.
- 5) Nos distúrbios do aparelho genito urinário, como na cólica ureteral e nos distúrbios da bexiga.
- 6) Nas afecções agudas e crônicas das vias biliares.



PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

Rua Jandaia 20 - 30 — São Paulo - Brasil

do presente, é própria das lesões úlcero-vegetantes antigas longamente tratadas com curativos locais. Os corpos estranhos oriundos dos curativos e das diversas pomadas à base dos mais variados óxidos medicamentosos, são certamente os responsáveis por essa reação gigantocelular.

Dr. Humberto Campins: Ao Dr. Sebastião A. P. Sampaio, respondendo que o tipo histológico encontrado nas lesões de leishmaníase com ausência de parasitos, era de um granuloma inflamatório crônico, tipo granuloma por corpo estranho. Ao Dr. Carlos da Silva Lacaz, respondo que, no caso de granuloma coccidióide que apresentava lesões no dorso da mão, foi empregada a diatermocoagulação, tendo havido boa cicatrização.

Esse caso já data de dois anos e o paciente se encontra em boas condições de saúde. No segundo caso, em que havia lesões generalizadas e parasitas em um gânglio cervical, procuramos salvar a perna da paciente que estava gravemente acometida pelo mal, tendo lançado a mão, durante mais de um ano, de tratamentos médicos que se revelaram inoperantes. Resolvemos por fim indicar a amputação da perna e então a melhora do doente foi muito grande; a eritrosedimentação, de 16 baixou para 7 ou 8 e o péso subiu em breve tempo 8 e o péso subiu em breve tempo ter sido bem alta, houve supuração e aí encontramos coccidioides. Não sabemos qual o prognóstico desse caso. Não tive ainda ocasião de ver culturas de "Paracoccidioides brasiliensis" no Brasil.

Em 11 de novembro de 1950

Presidente: Dr. Afonso Bianco

Reações de Montenegro precoces e tardias. Dissociação pelos testes quantitativos; incidência e aspectos na leishmaniose tegumentar americana — Dr. Abrahão Rotberg. O autor estuda o comportamento de 55 casos de leishmaniose e 29 controles, frente à injeção intradérmica de 0,1 ml de 5 concentrações diversas de leishmania, dosadas desde 10.000.000 até 1.000 leptomonas por ml (abreviadamente, 10^7 a 10^3). Nota que mais de metade dos controles apresenta reações às 48-72 horas, muito pequenas, com o máximo de 5 mm, mas duradouras e podendo causar dificuldades de interpretação. Nos casos de leishmaniose, as reações de 48-72 horas foram nitidamente inflamatórias e superiores a 6 mm em 92,7% dos casos, percentagem que se reduz a 72,7% com a concentração de 10^6 . Na fase precoce deu-se reação sob forma de halo inflamatório, em 69,1% dos casos com 10^7 , contra 27,3% com 10^6 . O autor propõe a concentração de 10.000.000 de leptomonas por ml na prática diagnóstica, já que é mais sensi-

vel, sem perda de especificidade. A medida que envolveu a reação precoce, particularmente o halo, propõe a formação de elevação central, que se torna mais nítida do 5.º ao 8.º dia, persiste 1 a 2 semanas ou mais, para depois involuir. Esta reação "tardia" ulcerou em 25,4% dos casos com a concentração de 10^7 e 14,5% com 10^6 . O autor julga útil fazer a leitura de rotina da reação de Montenegro em duas épocas: a primeira às 48-72 horas, como de hábito, e a segunda aos 75 dias. Não crê que a fase tardia seja apenas simples "permanência" ou resíduo da reação precoce, mas sim fenômeno à parte, ainda que concorrente, em vista dos seguintes fatos: 1) o espaço ocupado pelas reações precoces, principalmente as do halo, é em geral superior ao das reações tardias; estas aliás, estão no máximo de intensidade quando as precoces estão em apagamento ou já desapareceram; 2) não há relação direta entre a intensidade da reação precoce e a da tardia,

pois que há reações com halo não seguidas de necrose, bem como reações necróticas não precedidas de halo; 3) em 13 de seus 55 casos, observou o autor, que com as concentrações mais fracas de leptomonas, 10^4 e 10^3 , chegava-se a obter reações insignificantes ou mesmo nulas na fase precoce, as quais, porém, do 5.º ao 8.º dias, se transformavam em reações tardias sob forma de elevações típicas, ainda que pequenas (3 a 4 mm).

Comentários: — Dr. Humberto Cerruti: Quero aproveitar a oportunidade para citar um caso que temos na nossa enfermaria da Santa Casa e que pomos à disposição do dr. Abraão Rotberg, visto que se trata de um doente que reage de maneira excepcional ao antígeno de Montenegro. Trata-se de um doente portador de úlcera crônica que não conseguiu melhorar, não obstante o repouso e a terapêutica empregada. A referida úlcera, que datava de 20 ou 3 anos, era delimitada por uma formação verrucosa que nos levou a pensar em leishmaniose. Solicitei uma reação de Montenegro, que foi feita no laboratório da Santa Casa, não sei com que concentração, mas que corresponde, mais ou menos, a 3 milhões. A reação foi tão violenta que resultou em verdadeiro processo gomoso no ponto de reação. Com referência às reações de Montenegro devo chamar a atenção também para certos casos comprovados de leishmaniose, os quais reagem negativamente à primeira injeção intradérmica de antígeno, passando a dar reações positivas somente na segunda ou terceira injeção. Quero lembrar também que há casos de leishmaniose que só reagem positivamente ao antígeno de Montenegro depois de tratamento pelo esparseno, e nós tivemos um desses casos.

Dr. José Augusto Soares: O Dr. Rotberg estudou um caso de anemia falciforme em que a reação de Montenegro foi positiva e um mês depois viu outro caso de anemia falciforme que também deu reação de Montenegro positiva. Como salientou que a reação tem maior in-

dice de positividade nos pretos, quero lembrar que a anemia falciforme é quase exclusiva dessa raça. Não haverá algum fator independente da leishmaniose que contribua para tornar a reação de Montenegro positiva? Com relação à explicação do aparecimento das reações precoces e tardias de Montenegro, estudadas pelo Dr. Rotberg, lembro que poderiam ser interpretadas como as reações intradérmicas alérgicas comuns para fins diagnósticos, se nos basearmos nas explicações que Tzank dá aos fenômenos alérgicos em seu recente trabalho sobre alergia.

Dr. Enrico Tissi: Não conheço bem o assunto no que diz respeito à patogênese da reação de Montenegro, mas sei que há um trabalho recente feito pela Escola de Milão em que se verificou que a reação histamínica pode anular o aparecimento dessa reação. Não sei se este fato tem valor para esclarecer o mecanismo íntimo das reações estudadas pelo Dr. Rotberg.

Dr. Ruy Piazza: Pergunto em primeiro lugar se o colega estabeleceu relação entre os tipos de reações de Montenegro e as formas clínicas de leishmaniose. Em segundo lugar, queria dizer que sempre estranhei o fato de se considerar a reação de Montenegro, absolutamente específica, porque no organismo humano não pode haver reação específica, em modo absoluto, mas tão somente reações para-alérgicas devido ao passado imunoalérgico que ele possui. Somente nos animais é que podemos ter reações virgens. Não fui à conferência do Rio de Janeiro mas soube ter ficado assente que a reação de Montenegro é uma reação absolutamente específica, o que muito me surpreendeu. O trabalho apresentado pelo Dr. Rotberg vem justamente demonstrar que esta reação não é específica. Desejava saber se foram feitas biópsias das reações consideradas inespecíficas. Sou de opinião que o aparecimento das reações tardias seria mais ou menos explicável tomando em consideração o estado imunoalérgico do doente. As reações precoces não podem ser hiperalér-

Preparado já consagrado como o maior adiantamento até agora realizado na terapêutica sintomática de certos estados alérgicos e espasmódicos, BENADRYL proporciona ao clínico um recurso seguro para debelar os sintomas de urticária, rinite vasomotora, reação sérica, dermatite de contacto, asma, dismenorréia, enxaqueca, etc., podendo promover remissão parcial ou completa de toda a sintomatologia logo com administração da primeira dose.



Benadryl

CLORIDRATO DE DIFENIDRAMINA

(Cloridrato do éter
beta-dimetilaminoetil-benzidrilico)

CÁPSULAS - XAROPE - INJETÁVEL

Produto de

PARKE, DAVIS & COMPANY

gicas porque não se dá nesse fenômeno um desenvolvimento em fases tão rápidas. A formação da úlcera traduz um estado hiperalérgico mas os outros fatos não, de modo que as reações tardias se dariam, via de regra, em um estado hipoérgico e em alguns casos hiperérgico, visto que existem reações tardias que se ulceram. Com efeito, é possível o aparecimento da hiperergia depois da fase de hipersensibilidade. Quanto à apreciação dos resultados obtidos com as diferentes concentrações de antígeno, na intradermo-reação de Montenegro, eu pergunto se a excitação do sistema reticuloendotelial cutâneo por certas concentrações maiores de antígeno, não tem influência na intensidade das reações produzidas por concentrações menores, uma vez que as diferentes concentrações são injetadas simultaneamente.

Dr. Luis Batista: No início da exposição o Dr. Rotberg fez ressaltar que tinha uma explicação para, talvez, dois fatos que se relacionam com as reações precoces e tardias. No decorrer da exposição ele não quis dar as suas explicações, de modo que queria perguntar se não poderíamos interpretar a reação precoce como uma reação alérgica e a reação tardia como um estado de imunidade do organismo. Seria interessante comparar essas reações tardias, com as formas clássicas da leishmaniose. Digo isto baseado na reação de Mitsuda que, quando positiva, se manifesta, às vezes, sob forma de reação precoce acompanhada de reação tardia e outras vezes somente sob a forma de reação precoce acompanhada de reação tardia e outras vezes somente sob a forma de reação tardia. Seria interessante verificar o tipo de reações dividindo os doentes em dois grupos: no primeiro grupo deveria ter empregado o filtrado do antígeno e no segundo, o antígeno em diversas concentrações ou não. Teria por fim esta verificação estabelecer se as reações tardias da intradermo-reação de Montenegro estão ligadas ou não à presença de leptomonas no

tecido cutâneo. Com a reação de Mitsuda é isto que acontece: somente aparece reação tardia quando presente o corpo bacilar. Com relação aos casos de anemia falciforme citados pelo Dr. Soares, um dos doentes tinha cicatrizes cutâneas. Seria interessante pesquisar a existência de cicatrizes nas mucosas nasais. Quanto à especificidade da reação de Montenegro, eu própria ao autor que experimentasse nesses doentes a cutireação com o 2-4-dinitroclorobenzeno, com o qual se obtiveram resultados idênticos à reação de Mitsuda em formas de lepra tuberculóide, lepromatosa e em comunicantes com doentes de lepra. Acho de interesse repetir essas reações que o autor sugere que sejam feitas na leishmaniose a fim de confirmar ou não os resultados diagnósticos que o mesmo afirma serem excelentes. O Dr. Cerruti chamou a atenção para o que se passa, em certos casos, com a reação de Montenegro após tratamento com esparseno. Queria saber se não se daria o mesmo fenômeno que se dá com a reação de Mitsuda em leproso, após o tratamento com as sulfonas, que freqüentemente modificam esta reação de negativa para positiva, especialmente em crianças.

Dr. Abrahão Rotberg: Agradeço ao Dr. Cerruti, o oferecimento que me faz do caso de leishmaniose de sua enfermaria e aproveito o ensejo para solicitar outros casos para estudo. Não observei entre os meus casos as positavações de Montenegro após o tratamento ou por repetição das reações; o fato deve ser raro, já que nem Pessoa, em numerosos indivíduos injetados com doses repetidas de fortes concentrações de leptomonas, observou positavação artificial. Respondendo em conjunto aos Drs. Soares, Batista e Piazza esclarecendo que este trabalho estava orientado primitivamente para investigar uma possível relação entre o grau de reação à leishmania, de um lado, e as formas anátomo-clínicas da moléstia, sua duração, idade, sexo, cor do paciente, de outro lado. No pequeno grupo de 55 casos estudados, porém, não me foi possível

Real progresso
na terapêutica pelos
antihistaminicos!!!

Alergo-Filinal

COMPRIMIDOS

XAROPE

*é um antihistaminico
potencializado
e melhor tolerado.*

COMPOSIÇÃO

- Eter B - dimetilaminoetilbenzidílico (difenhidramina)
- Filinal
- Piridoxina (Vitamina B6)

Laboratorio Sintetico Ltda.

Rua Tamandaré, 376 — Tel. 6-4572

São Paulo

CORAFURON

(KHELLIN)

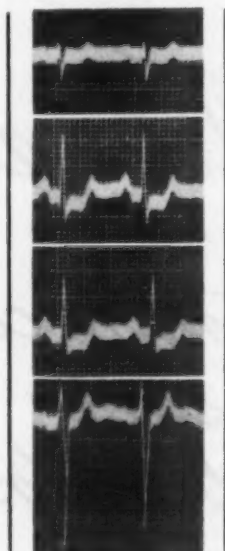


CORAFURON é o 2 metil, 5, 8, dimetoxi, 6, 7, furanocromon ainda conhecido sob o nome de Khellin.

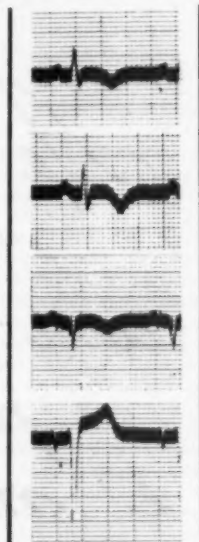
Farmacologicamente **CORAFURON** é um poderoso espasmolítico com particular ação vasodilatadora sobre as artérias coronárias.

Clinicamente **CORAFURON** aumenta a corrente sanguínea coronariana sem apresentar qualquer efeito sobre a pressão arterial, parecendo haver uma ação seletiva do **CORAFURON** sobre as artérias coronárias.

Insuficiência coronária
Angina do Peito



Infarto do miocárdio



INDICAÇÕES

Angina de peito — Trombose coronária — Coqueluche — Cólicas nefréticas, hepáticas — Crise asmática.

APRESENTAÇÕES

Comprimidos: dosados a 0,020g de principio ativo.

Gotas: cada XXX gotas contêm 0,020g de principio ativo.

Ampolas: cada ampola de 1 cm³ contem 0,020g de principio ativo.

Laboratorio Sintetico Ltda.

Rua Tamandaré, 376 — Tel. 6-4572

S ã o P a u l o

FORMO-CIBAZOL

Produto de condensação do Cibazol com formaldeído

Para a quimioterapia das
infecções intestinais

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

encontrar correlação alguma. Encontrei, de fato, casos de leishmaniose tuberculóide reagindo fortemente à leishmanina, mas também reações igualmente fortes em grande número de casos não tuberculóides. Também não encontrei diferenças dignas de nota, entre casos antigos e recentes ou entre casos com e sem lesões mucosas. Julgo, no entanto, que o número de casos que observei é ainda muito pequeno para permitir que opine a respeito e principalmente considerando que autores que trabalharam com milhares de casos, como Pessoa, admitem haver certa relação, no sentido de que os casos mais antigos e apresentando lesões mucosas, mostram reações de Montenegro mais intensas. Deixei, portanto, de referir os meus resultados a respeito, que foram adiados para outra oportunidade, referindo apenas, neste trabalho, alguns aspectos objetivos da evolução das reações e sua possível patogenia. Chamei a atenção para a frequência com que indivíduos sem leishmaniose dão pequenas reações à leishmanina; essas reações não devem ser consideradas positivas se tomarmos como padrão de positividade as que se observam nos casos de leishmaniose, mas elas devem ser conhecidas para evitar interpretações falsas. Os casos de anemia falciforme do Dr. Soares faziam parte do grupo controle sem leishmaniose e apresentavam essas reações, da mesma forma que muitos outros casos sem leishmaniose. Tenho, de fato, a impressão, não completada por estatística de minha parte, que os indivíduos de cor preta apresentam, com maior frequência, essa pequena reação à leishmanina. Informo ao Dr. Piazza que nem uma única vez, contudo, encontrei entre os controles, reação que se assemelhasse, em dimensões e aspecto, às encontradas em quase todos os casos de leishmaniose; nesse sentido podemos continuar admitindo a reação de Montenegro como específica; a pequena reação dos controles deve, no entanto, ser investigada em relação aos seus fatores causais; seu estudo histológico está em an-

damento. As demais considerações do Dr. Piazza referentes à imunidade, alergia, hiperergia e hipersensibilidade, envolvem conceitos, pontos de vista e problemas de nomenclatura cuja discussão nos levaria muito longe e certamente sem chegar a acordo, como aliás de hábito nesse assunto, além de fugir ao caráter puramente objetivo que procurei dar às observações que fiz. Direi apenas que, de acordo com a nomenclatura que costume adotar, tanto as reações precoces como as tardias que observei à leishmanina, são dependentes de hipersensibilidade alérgica ou simplesmente alérgicas. A hiperergia é um grau dessa sensibilidade; poderíamos dizer que hiperérgicos eram nossos alérgicos à leishmanina que reagiram fortemente, com grande halo, necrose, ulceração, a concentrações fracas do material, da mesma forma que hiperérgicos à tuberculina são, por exemplo, aqueles casos de tuberculide liquenóide e outros tipos de tuberculodermas que reagem ao Mantoux nas diluições 1:1.000.000 e ainda mais fracas de tuberculina. É um grau mais elevado de hipersensibilidade em relação àqueles cuja alergia pode ser considerada "normal" isto é, os normérgicos, que relação àqueles cuja alergia pode ser considerada "normal" isto é, os normérgicos, que reagem à dose habitual de tuberculina a 1:1000. Ao Dr. Batista respondo que não tive a impressão de que uma reação positiva, precoce ou tardia, pudesse significar imunidade. Agradeço ao Dr. Batista suas sugestões; alguns dos problemas que ele sugere, como o dos filtrados e o das frações químicas, já estão sendo trabalhados, mas os resultados, até agora, não são conclusivos. Por isso deixei de referir várias experiências negativas, como por exemplo, a da injeção de filtrados de leishmanina através do Leitz. Quanto ao fator responsável pelas reações precoces e tardias, não cheguei a identificá-lo, mas sugeri a hipótese de que a reação precoce se deva a um produto solúvel, enquanto

que a tardia teria como causa o próprio corpo da leptomona. Novamente respondendo ao Dr. Piazza informo que tôdas as diluições foram aplicadas ao mesmo tempo, de acordo com as técnicas mais em voga; não creio que, nessas condições, o estímulo produzido pelas concentrações fortes possa influenciar as demais reações, mas o assunto merece ser estudado. Ao Dr. Tissi quero lembrar que o Dr. Oliveira Lima, muito recentemente, comunicou os efeitos dos anti-histaminicos na evolução das reações à tuberculina; certamente, como lembra o Dr. Tissi, o assunto pode ser investigado com referência à reação de Montenegro.

Acroceratose verruciforme de Hopf — Drs. Luis Marino Bechelli, Luis Batista e Benjamin Zilberberg. Os autores apresentam as observações de dois casos de acroceratose verruciforme documentados com exame histopatológico e as de três outros, em que o diagnóstico foi apenas clínico. Caracterizavam-se, de modo geral, pela existência de pápulas punctiformes ou pouco maiores, consistentes, confluentes ou não, translúcidas, lembrando o grão de sagu, muitas delas deprimidas, com ligeira umbilicação, e outras planas ou ligeiramente convexas, localizadas nas bordas das mãos, dos dedos e dos pés. O número de pápulas era variável, sendo muito numerosas ou reduzidas apenas a 4 ou 5. Não se acompanhavam de prurido ou de outros distúrbios subjetivos. Em dois casos a afecção era familiar. Ao exame histopatológico obser-

varam hiperkeratose circunscrita, acantose, inexistência de células vacuolizadas, parakeratose e papilomatose. Assinalam que o quadro clínico é muito típico e visto um caso o diagnóstico de outro, em geral, não oferece dificuldades. E' o que ficou patente no primeiro caso, a eles encaminhado pelo Dr. A. Rufino, radioterapeuta, após ter sido a paciente observada pelos Drs. Oliveira Ribeiro, Soares e Zilberberg, aliás a primeira observação feita no Estado de São Paulo. Chamam a atenção para a raridade de casos registrados na literatura, elevando-se a 29 o total de observações, com as duas apresentadas, com a documentação histopatológica. Todavia, é inegável que muitos casos de acroceratose verruciforme devem passar despercebidos pelo desconhecimento de sua existência. Por outro lado, constituem achado ocasional no exame dermatológico, pois a afecção não provoca distúrbios subjetivos.

Comentários: — Dr. José A. Soares: Quando foi apresentado o nosso caso, discutiu-se sobre a frequência da acroceratose verruciforme de Hopf, tendo sido então aventado que a doença devia ser mais frequente do que se supunha há alguns anos atrás. Basta dizer que tivemos a oportunidade de observar mais dois casos no serviço médico de I.S.P.C.

Dr. Enrico Tissi: Nunca vi um caso de acroceratose verruciforme na Itália, tendo visto em Paris, no ano de 1930, um caso muito parecido com o que foi hoje apresentado.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA,

em 30 de outubro de 1950

Presidente: Dr. Edgard Braga

Lipossarcoma da glândula mamária — Dr. Jorge Michalany. O autor apresenta um novo caso de lipossarcoma da glândula mamária. Pela revisão bibliográfica, parece tratar-se do primeiro caso brasileiro e do 20.º da literatura. O presente caso foi diagnosticado como

um lipossarcoma, tipo misto, da classificação de Stout. Na discussão do diagnóstico, salientou-se a importância do conhecimento das formas embrionárias do tecido adiposo e dos diversos tipos histológicos que os tumores podem apresentar. A reticulina tem uma dis-

posição característica, assemelhando-se à do tecido adiposo normal. Na discussão do tratamento, foram analisados os casos referidos na literatura, concluindo-se que a terapêutica mais indicada parece ser a excisão, quando se tratar de formas bem diferenciadas, ou na mastectomia radical, quando o tumor for indiferenciado.

Comentários: — Dr. João Sampaio Góes Junior: Segundo a exposição do autor, os pequenos de-

talhes de técnica e orientação mostram o cuidado e alto critério do patologista ao fazer o diagnóstico. Concorde em que o lipossarcoma da mama deva ser considerado de prognóstico maligno e como tal tratado. A indicação terapêutica deve ser cirúrgica e radical. Basta observarmos a bibliografia para concluirmos que os melhores resultados foram obtidos naqueles casos em que a operação foi radical. A radioterapia não deve ser indicada nestes casos.

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA, em 31 de outubro de 1950

Presidente: Dr. Reynaldo Figueiredo

Tratamento com procainamida das arritmias provocadas pelo ciclopropano — Drs. Gil Soares Bairão e Antonio Pereira de Almeida. Os autores apresentam 18 casos de arritmia verdadeira provocada pelo ciclopropano, tratados com sucesso pela procainamida, a qual apresenta, sobre a procaina, as vantagens de não provocar tão frequentemente convulsões, sendo sua ação mais duradoura e 15 vezes mais ativa. Embora possa ser usado por via oral, os autores sempre o usaram por via venosa, controlando-o por estetoscópio colocado sobre a região precordial. Os autores chegaram à conclusão de que os resultados são melhores quanto à rapidez, à duração e à dosagem. O resultado imediato se apresenta em 1 minuto. As doses acima de 50 mg são mais eficientes. A proteção dura desde 10 minutos até 3 horas e 40 minutos (tendo sido sempre o fim da operação o fim do prazo de observação). Não foi observado efeito secundário algum.

Comentários sobre um caso de hiperemia ativa localizada na região sacra, após anestesia raquidia. — Drs. Joaquim Mariano da Costa e Alberto Caputo. Paciente de 36 anos, branco, brasileiro, portador de apendicite hiperplástica. Anestésico empregado: neo-tutocaína adicionada de glicose a 10% e

adrenalina a 1%. A anestesia foi conduzida até a altura correspondente a T8. Relaxamento obtido, bom. Duração da operação: 40 minutos. Evolução: no dia seguinte, dores fortes na região sacra. Em 8 dias teve alta curado.

No Hospital das Clínicas, durante a guerra, foi usada a percaína a 1% associada ao gliconato de cálcio. Em 1946, num total de 1.724 raquianestesias houve 55 casos de complicação, com hipertermia ou necrose da região sacra. Em 1947, das 1.467 raquianestesias feitas, houve apenas 3 casos de hipertermia na região sacra. Em 1948 foram feitas 1.568 raquianestesias e, em 1949, 2.326, sem qualquer complicação na região sacra. Em 1950 foram feitas 1.977 raquianestesias, das quais uma apresentou complicação que motivou essa comunicação. De todos os casos de complicações, 35 evoluíram para escara. Os autores julgam que a complicação é devida à ação prolongada do anestésico e ao traumatismo da mesa e dos colchões.

Comentários: — Dr. Antonio Pereira de Almeida: Impunha-se um tipo de anestesia prolongada. Associamos à percaína o gluconato de cálcio. Esta última droga provoca alterações na superfície das bainhas nervosas. Atribuímos essas escaras a lesões químicas e não a traumatismo direto produzido pela agulha.

POR SER 50 VEZES MENOS TOXICO QUE A ATROPINA

NOVATROPINA

FOI DENOMINADA



o antispasmódico do Bebê

Laboratorio Sintetico Ltda.

LARYNGOBIS



BISMUTOTERAPIA DAS ANGINAS INESPECÍFICAS POR VIA RECTAL

ADULTO

INFANTIL

LARYNGOBIS encerra um sal de bismuto em combinação com um derivado orgânico especialmente sintetizado para poder ser administrado por via rectal.

Sua dose tóxica é 900 vezes maior que sua dose terapêutica, o que lhe confere uma grande margem terapêutica.

A absorção do LARYNGOBIS por via rectal é comparável à absorção obtida por injeção endovenosa lenta. A via rectal é para a criança, a via de introdução mais comoda, mais prática e mais rápida.

LARYNGOBIS consegue na grande maioria dos casos, realizar a cura da angina e dos resfriados em poucas horas. (Tracy Levy - J.M.A. Georgia 37:172,1948).

INDICAÇÕES:

Anginas inespecíficas, amigdalites, resfriados, coqueluche, pré e pós-operatório das amigdalectomias, auxiliar no tratamento das moléstias infecciosas com enantema.

POSOLOGIA:

Crianças até 6 anos: 1/2 supositório infantil cada 24 horas.

Crianças de 6 a 13 anos: 1 supositório infantil cada 24 horas.

Adultos: 1 supositório adulto cada 24 horas.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

Dr. Alberto Caputo: E' interessante assinalar que esses fatos ocorreram justamente nas anestesias que tiveram longa duração. Essas perturbações aparecem, também, em casos de paraplegia; em regiões que ficam em contacto com outra superfície podem aparecer lesões na pele. Tivemos um caso de escara no calcâneo que ficou ex-

posto e as mesmas perturbações apareceram nos dedos dos pés que ficaram em contacto com as cobertas. Um cirurgião informou-nos que, em casos de hérnia do núcleo pulposo, às vezes, raízes nervosas são lesadas e, no entanto, nunca encontrou essas perturbações nos doentes operados.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 8 DE NOVEMBRO DE 1950

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Novo curarizante sintético — Dr. Moacyr Boscardin. Discorrendo o A. inicialmente sobre os curarizantes. Depois discutiu os característicos e os efeitos do Flaxedil, produto que vem empregando ultimamente, com resultados plenamente satisfatórios, em mais de uma centena de casos. Relatou os resultados que observou, descendo a pormenores.

O dr. Virgílio Carvalho Pinto referiu-se ao tempo operatório, dizendo, que na criança usa a via óssea (medular) para o tioneumbul sem qualquer curarizante.

Cirurgia cardio-vascular na criança — Dr. Virgílio de Carvalho Pinto o A. discorreu sobre alguns problemas da cirurgia cardio-vascular na criança, relatando o que lhe foi dado ver em recente viagem pelos Estados Unidos. Dividiu a sua exposição em duas partes: a cirurgia dos grandes vasos sob o ponto de vista experimental e a clínica e o tratamento das lesões congênitas dos grandes vasos. No John Hopkins, em Baltimore, há um grande centro de cirurgia cardíaca, onde se faz um diagnóstico apurado e onde uma equipe trabalha em sinergia eficiente, suprimindo as dificuldades técnicas individuais que aos latinos impressiona no campo operatório. Salientou os cuidados dispensados no preoperatório. A

oportunidade operatória ideal é dos 4 aos 10 anos. Descreveu alguns pormenores operatórios e as respectivas indicações. Demorou-se em considerações sobre ductus arteriosos e tetralogia de Fallot, e estenose da pulmonar e a coarctação, da aorta. Sobre a síncope cardíaca operatória relatou interessante experiências, mostrando a importância da parada da circulação cerebral. Na assistolia, massagens e adrenalina no coração! Na fibrilação, evitar a massagem e fazer procaina e choques elétricos. Tudo com respiração artificial e a massagem direta e intensa é a eficiente. A implantação da mamária interna no miocárdio deu experiência atentadora no enfarte, onde também se provocam aderências pneumo-cardíacas. Referiu-se a uma máquina de oxigenar o sangue venoso e reingeta-lo na artéria, permitindo a derivação da corrente circulatória para se levar a cabo intervenções sobre o coração.

O dr. Moacyr Boscardin referiu-se a cirurgia experimental e a detalhes das intervenções sobre os grandes vasos. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao uso de lentes para facilitar a execução de certos tempos operatórios. O dr. Vergílio alongou-se ainda em considerações sobre os assuntos abordados.

SESSÃO DE 22 DE NOVEMBRO DE 1950

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Cirurgia do colo e reto — Dr. Guillermo Belchior Costa diretor do Sanatório Arenales de Buenos Aires. O A. proferiu uma conferência sobre a "cirurgia do colo e reto", iniciou falando sobre a preparação do doente para a cirurgia, dizendo que cuida da limpeza dos intestinos, administração de líquido com proteínas, vitaminas, hidratos de carbono, sais minerais. Prescinde dos antibióticos antes da operação. A peritonite geralmente vem da deiscência de sutura. A via de abordagem usual a direita é extra-retal vertical, mas a transversa dá melhor campo. A abordagem mais difícil é a do ângulo esplênico do colo; às vezes é necessário uma incisão mediana. Faz anastomose a campo aberto, não vendo vantagens na chamada cirurgia aséptica. É preferível fazer a intervenção em um tempo do que em 2 tempos. Não drena o peritônio. O A. falou sobre a orientação que segue em várias contingências. Criticou o abaixamento do reto, dando preferência às colostomias. As opiniões estão muito divididas nesse terreno. Falou sobre a sua experiência no megacolo, na diverticulite e tu-

mores inflamatórios que devem ser ressecados.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Salientou a clareza de exposição do conferencistas e recordou a sua técnica apurada.

Classificação dos tumores — Dra. Thalia Perezgasga, bolsista mexicana, que se acha em São Paulo em missão de intercâmbio cultural mexicano-brasileiro. A A. discorreu sobre as ideias do Prof. Conrado Zukerman sobre a classificação dos tumores. Expôs o assunto com precisão de linguagem justificando a nomenclatura proposta e usada pelo mestre mexicano.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro fez comentários sobre a utilidade prática dessa nomenclatura e felicitou a oradora.

Dr. Cabelo Campos exibiu um film da instalação da Regional do Brasil Central do Capítulo Brasileiro do Calégio Internacional de Cirurgiões, em Uberaba a 10 de novembro corrente.

Antes de encerrar a sessão o presidente agradeceu os conferencistas do dia.

Outras sociedades

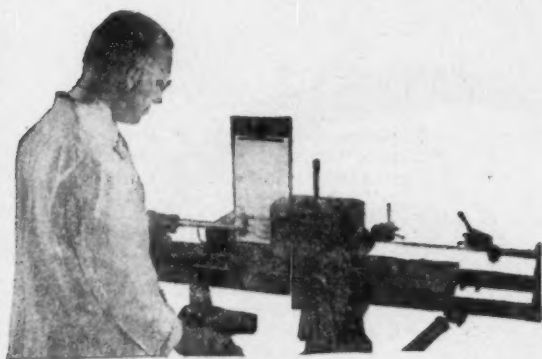
Associação Paulista de Medicina — Departamento de Cirurgia, sessão de 21 de janeiro de 1951, ordem do dia: — Simpósio sobre molestias periféricas — Rrs. Nicolau Moraes Barros Filho, Otávio Martins Toledo, Profs. Mário Degni, Geraldo Colonese, Luiz Edgard Puech Leão e Waldyr da Silva Prado.

Centro de Estudos de Oftalmologia — Sessão de 11 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Revisão da literatura de 1950 sobre "Urea" — prof. Dr. Moacyr E. Alvaro; 2) Revisão da literatura de 1950 sobre Retina, Nervo ótico e Vias óticas

— Dr. Rubens Belfort Mattos; 3) Comentários sobre Anestesia — Dr. Adriano Bonanomi.

Centro de Estudos Médicos Santa Joana — sessão de 16 de janeiro de 1951, ordem do dia: Metabolismo Hidrico, Eletrolítico e Proteico — Dr. Isaias Zatz.

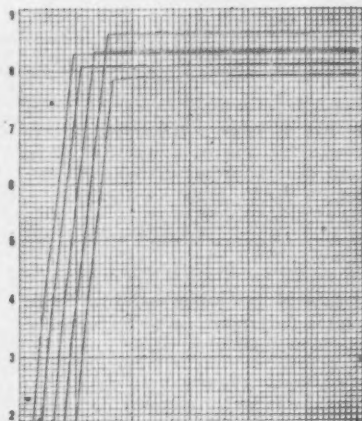
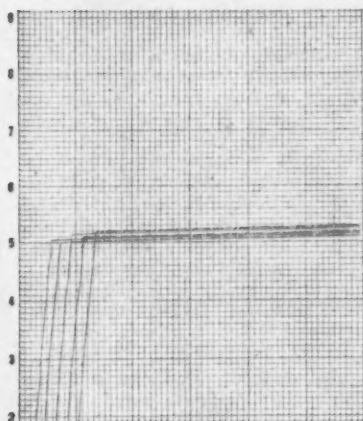
Centro de Estudos "Franco da Rocha" — sessão de 31 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Relatório sobre a visita ao Instituto de Psicoterapia de Berlim — Dr. Spartaco Vizzotto 2) Sintomatologia e evolução clínica na psicose aguda e inspiração de Kleist — Duas ob-



*Um progresso
revolucionário em
soturas cirúrgicas*

A nova seda
ANACAP

permite o uso dos mais finos fios em todas as situações
em que a seda é indicada.



Os gráficos obtidos com 5 amostras de seda n.º 00
mostram a maior resistência da Seda ANACAP, que
pode ser aberta e esterilizada várias vezes sem perder
as suas qualidades.

Ausencia de capilaridade, economia, resistência,
flexibilidade.

Com e sem agulhas atraumáticas.

DAVIS & GECK, Inc. — BROOKLIN, N. Y.

Agente geral para o Brasil:

IMPORTADORA CHIÓRBOLI CIRÚRGICA LTDA.

PRAÇA CARLOS GOMES, 91-93 — Fone 36-2905 — S. PAULO, BRASIL

Depósitos nas capitais de todos os Estados

servações clínicas pessoais — Dr. Isaias H. Melsonhn.

Hospital Juqueri — sessão de 6 de janeiro de 1951, ordem do dia: — Dr. W. Maffei — Epilepsia — Edema cerebral — Confusão mental — Peritonite tuberculosa — Idiotia.

—, sessão de 20 de janeiro de 1951, ordem do dia: — 1) Paralisia geral — Disenteria bacilar; 2) Psicose auto-toxica — Atrofia amarela aguda do fígado; 3) Alcoolismo crônico — Gastrite crônica; 4) Miocardite crônica. 5) Psicose auto-toxica — Broncopneumonia — exposição clínica a cargo dos drs. Renato Mendes, Gecel L. Sterling, Mário Robertella, Olavo Miranda e Helio M. D. da Costa.

Manicomio Judiciário — sessão de 20 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Furto. Exame da sanidade mental negativo — Dr. Rafael de Mello Alvarenga; 2) Contravenção das leis penais, Alcoolismo — Dr. Carlos Mesquita de Oliveira; 3) Latrocínio, Exame negativo — Dr. Ernani Bernardinelli; 4) Lesões corporais e furto. Debil mental paranoide — Dr. Francisco Oswaldo Tancredi.

Sociedade Médica São Lucas — sessão de 10 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Um possível agente do câncer — Dr. Estevam de Almeida Prado; 2) Afecção das artérias periféricas — Dr. Generoso Concilio; 3) Aneurismas — Dr. Paulo G. Bressan.

—, sessão de 31 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Comemoração do 12.º aniversário da fundação do Sanatório São Lucas; 2) Homenagem a memória do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho — Dr. Raul Vieira de Carvalho; 3) Impressões de uma viagem pela Europa Ocidental — Dr. Nogueira Martins.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia — sessão de 31 de janeiro de 1951, ordem do dia: — 1) Prof. Dr. Ernani Simes Alves

— Consulta médico-legal; 2) Prof. dr. Ernani Simes Alves — Acidentes, homicídios e suicídios em Curitiba; 3) Prof. dr. Ernani Simes Alves — Morte devida a injeção de adrenalina endovenosa.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo — sessão de janeiro de 1951 — ordem do dia: — O Prof. Martins Costa falou sobre: Estudos científicos das vias de acesso à próstata nos casos de hipertrofia benigna — Comentários pelos drs. Jarbas Barbosa de Barros e Nelson Rodrigues Neto. Antes da conferência foi exibido um film de caráter científico.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia — sessão de 16 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Eduardo Guastini — Critério sobre distribuição de entorpecentes; 2) Dr. Arnaldo Amado Ferreira — Epilepsia e acidente de trabalho 3) Dr. Antônio Miguel Leão Bruno — Neuroses traumáticas e simulação 4) Dr. Antônio Miguel Leão Bruno — Neuroses traumáticas e simulação 4) Dr. Antônio Miguel Leão Bruno — O problema de sinistrose.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo — sessão de 30 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Drs. Michel Jamra e Domingos M. de Cillo (convidados) Leucemia linfática e anemia hemolítica. Efeito do ACTH. 2) Drs. Marcello Pio da Silva, Luiz Murat e Renato Pasqualin (convidados) Diagnóstico dos cistos congênitos do pescoço pela punção. 3) Dr. Gastão Rosenfeld — Modificações sanguíneas no choque experimental por venenos animais. 4) Dr. Pedro Janini — Um caso de anemia megaloblastica na gravidez, evolução e tratamento.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo — sessão de 19 de janeiro de 1951, ordem do dia: 1) Prof. Ciro de Rezende, — Do enxerto de corneas no queratone, com apresentação de pacientes 2) prof.

rado



Vinheiros

O
T
O
L
O
C
C
O

OTOLOCO

Loco-Vacina preparada com culturas de germes isolados de otites.

Indicações

Para o tratamento das otites supuradas e furunculose do conduto auditivo externo.

Modo de emprêgo

Lavar o conduto auditivo com água morna; instilar de 5 a 10 gotas de Otoloco, tamponando com algodão. Repetir êsse tratamento cada 2-3 horas.

Apresentação

Frasco conta-gotas com 20 cm³.

INSTITUTO PINHEIROS
PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A.
Rua Teodoro Sampaio, 1060 — São Paulo
End. Tel.: "Bucovacina"



NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



NEURO-SEDATIVO
ANTI-ESPASMÓDICO
ANTI-CONVULSIVANTE



MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
Rua Ruy Barbosa, 377 — Tel. 3-3426

A. Bussacca — Considerações em torno da cirurgia do pterigio — 3)
Prof. A. Bussacca — Do emprego do cortizone na terapia ocular 4)
Dr. Jorge Willmersdorf — Cateterismo.

Sociedade Paulista de Leprologia — sessão de janeiro de 1951, ordem do dia: "Estudo eletroforético nas diversas formas clínicas de lepra — Drs. Hoter Gunter, Luiz Batista e L. L. Vellini.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de higiene e Saúde Pública — Vol. XIII, ns. 35, 36, 37 e 38, 1948 — Grandes endemias — Prof. Samuel B. Pessoa; Grandes endemias — Newton Guimarães Ferreira; Alimentação Pública. Nicolino Morena; Assistência hospitalar no Interior — Prof. Ernesto de Souza Campos; Para que os Congressos de Higiene frutifiquem... — Humberto Pascale; Novos rumos para a Saúde Pública e Assistência Social no Brasil — José de Toledo Piza; O problema médico-social da Sífilis — J. Vieira de Macedo; A Brucelose humana no Interior do Estado de São Paulo — Edgard Cruz e Avelino Lemos Jr.; Dados atuais sobre a distribuição de triatomídeos e Moléstia de Chagas na região de Sorocaba — J. L. Pedreira de Freitas; Orientação para o diagnóstico das formas crônicas da Moléstia de Chagas — J. L. Pedreira de Freitas; Orientação para o diagnóstico de laboratório da Amebíase — A. Dacio F. do Amaral; Algumas considerações sobre a estatística da mortalidade — Paulo de Carvalho e Castro; Morte súbita e Meningite cérebro-espinhal epidêmica — Walfrido N. Maciel; Índice de variação sazonal da Malária no Estado de São Paulo. Severino de Miranda; Novo método biológico de controle de ação residual do DDT — Aldino Schiavi e Luiz Morato Prouença; Algumas observações sobre novos agentes terapêuticos na Malária — David Coda; Quimioprofilaxia na Malária — David Coda; Epidemiologia da Malária na região de Sorocaba — Victor Homem de Melo; Os anofe-

linos da região de Sorocaba — Renato R. Corrêa; Notas sobre a epidemiologia da Malária na região de Presidente Epitácio — Camilo de Sá Pereira Passalacqua.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública — Vol. XIV nos. 39, 40, 41 e 42, 1949. — Rickettsioses em São Paulo — Humberto Pascale; Descrição de "Anopheles (Kerteszia) montemor", nova espécie de anofelino do Brasil (Diptera, culicidae) — Renato R. Corrêa; Nova técnica para repasto sanguíneo dos mosquitos — A. Schiavi e A. C. Franco; Incidência da malária quartã no Estado de São Paulo (Brasil) — A. Schiavi e Victor Homem de Mello; Mósas resistentes ao DDT — A. Schiavi; Sobre formas raras de "Plasmodium falciparum" em caso letal — A. Schiavi; Alguns informes sobre "Anopheles (Arribalzaga) intermedius" (Chagas, 1908) (Diptera, culicidae) — Renato R. Corrêa; Do emprego da "Paludrine" em pediatria e especialidade nos latentes — David Coda.

Arquivos Médicos Municipais — Vol. II, n.º 3, setembro de 1950. — Dosagem das proteínas séricas pelo formol-gel e refratometria — Dr. J. Marques de Castro; Dosagem das proteínas séricas pelo formol-gel e densimetria de Phillips — Drs. J. Marques de Castro, Rubens Xavier Guimarães e Magid Nunes; Usos clínicos da cortisona (composto E.) Dr. L. M. B.; Liquor e seu valor semiológico na clínica — Dr. Carlos Virgílio Savoy.

Boletim de Higiene Mental — Ano VI — n.º 71 à 74, julho a outubro de 1950, — O que convem saber sobre a Psicoanálise — Dr. José Angelo Gaiarsa.

Caderno de Terapêutica — Vol. I, n.º 3, Janeiro de 1951. — Estado atual do tratamento do Diabetes — Domingos A. Lomonaco e José Gonçalves.

Divulgação Científica — Ano de 1950, n.º 1. — Ácido para-amino-benzoico (paba) e pantotenato de cálcio — Dr. Cyro Camargo Nogueira. N.º 2, Bases Fisiológicas e Terapêuticas da Associação Vitamina C = Rutina. N.º 3, — Vacina Preventiva Concentrada e Purificada contra gripe ou influenza (Obtida por cultura do vírus, tipos A e B, no ovo embrionado); N.º 4, O iodo na dieta normal — Dr. Cyro Camargo Nogueira. N.º 5 — A tiosemicarbazone na terapêutica da tuberculose — Dr. José Salustiano Filho e Dr. Ulrich Schwenkow.

Revista Clínica de São Paulo — Vol. XXVI, nos. 9-10, setembro — outubro de 1950, — Tratamento da malária com a pentaquina associada à quinina — Dr. Duval T. de Lucena; Doenças Hemorrágica em escolar (considerações à margem de um caso) — Dr. Agostinho C. Fernandes.

Resenha Clínica-Científica — Ano XIX, n.º 12, dezembro de 1950. — Diagnóstico citológico e histopatológico da malignidade — Carlos Sertori e Frederico Pizzetti; A hepatite tóxica — Melvin R. Salk; A prostatectomia transuretral na prática — Ruggero Ascoli.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo — Vol. X, n.º 12, dezembro de 1950, — Síndrome de Morgagni e hiperostose frontal in-

terna — Dr. Sebastião Hermeto Junior; Câncer do esôfago — Dr. A. Dino de Almeida; Fermento Láctico. Histórico. Bacteriologia Lactozimioterapia Racional — Dr. J. Toledo Mello; Vômitos da gravidez — Dr. Alcides Aldrovandi.

Revista Paulista de Medicina — Diagnóstico diferencial e indicações operatórias de alguns tumores intratorácicos — II Tumores do mediastino e da parede do tórax — Dr. Euryclides de Jesus Zerbini; Considerações sobre dois casos de brucelose. — Dr. Paulo Araujo.

Seara Médica — Vol. V nos. 2, 3 e 4, abril-dezembro de 1950. — Duas contribuições da Neurologia Portuguesa — Angiografia cerebral e leucotomia pré-frontal — Prof. Almeida Lima (Lisboa); Contribuições Brasileiras à Leucotomia pré-frontal — A. Mattos Pimenta (São Paulo); Psychosurgery — After fifteen years (With a note on transorbital lobotomy) — Walter Freemann Washington U.S.A.; Leucotomia seletiva em el dolor visceral (Neuva tecnica operatoria minima) — Prof. Ramon Carrillo y Raul F. Materra (Buenos Ayres); Technique and early results of selective cortical undercutting — William Beecher Scoville (Hartford, Connecticut U.S.A.); Die Mehrfache, Objektive Registrierung Einer Wechse end Star-ken. Durchblutungstörung Bei der Sturge — Weber'schen Krankheit — Traggott Riechert und Karl Dieter Heines — (Freiburg — Alemanha); The technique of pre-frontal lobotomy — James L. Poppen Boston, Massachusetts — U.S.A. — Relations entre le physique et le psychique (Appreciation sur La Façon D'Agir de La "Leucotomie Cerebrale"). Mario Yahn (São Paulo).

DAQUINOL - NA GRIPE E NA PNEUMONIA
UMA INJEÇÃO CADA DIA

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Brasileira de Medicina

Uma das mais importantes reuniões do III Congresso da Associação Paulista de Medicina — Teve lugar no dia 26 de Janeiro de 1951, na nova sede da sociedade médica paulista. Com a presença de representantes e presidentes de sociedades médicas de dezessete Estados brasileiros, foi fundada a Associação Brasileira de Medicina. Nossa Capital, por sugestão do presidente da Sociedade Baiana de Medicina, dr. Hosanah de Oliveira, foi escolhida para sede da nova e importante sociedade, e o prof. Alípio Corrêa Neto, na mesma ocasião, foi escolhido unanimemente para presidir-la.

Achavam-se presentes entre ou-

tras pessoas, os representantes das seguintes sociedades médicas, de diversos Estados: prof. Jairo Ramos, São Paulo; dr. Afonso Cunha Melo, Distrito Federal; dr. Genesio Pacheco, Estado do Rio; drs. Lucas Machado e Hilton Rocha, Minas Gerais; prof. Hosanah de Oliveira, Bahia; dr. Mario Assis Brasil, Rio Grande do Sul; prof. Bruno Maia, Pernambuco; prof. Milton Munhoz, Paraná; dr. Artur Pereira de Oliveira, Santa Catarina; dr. Afonso Bianco, Espírito Santo; dr. Gilberto Macedo, Alagoas; dr. Eraldo Lemos, Sergipe; dr. Ulysses Marques, Piauí; dr. Olavo Correa Lima, Maranhão; dr. Luiz Leão, Pará; dr. Haroldo Joaçaba, Ceará.

Associação Paulista de Medicina

Prêmios — Como faz todos os anos, para estimular a produção científica de seus associados, a Associação Paulista de Medicina julgou os trabalhos apresentados para concorrer aos prêmios distribuídos em 1950. Tendo sido encerrado em 31 de outubro de 1950 o prazo para o inscrição desses trabalhos, já em janeiro de 1951, isto é, pouco menos de 3 meses depois, os trabalhos foram lidos pelas Comissões Julgadoras. Graças à melhor organização da regulamentação desses prêmios, realizada pela Sociedade desde 1948, o trabalho de julgamento foi grandemente facilitado, permitindo maior rapidez na distribuição dessas laureas. Foram concedidos os seguintes prêmios:

Prêmio "A. C. Camargo" — Conferido ao trabalho "Tratamento cirúrgico das bronquiectasias", apresentado pelos drs. Euryclides de Jesus Zerbini e Edgard S. San Juan;

Prêmio "Margarido Filho" — Conferido ao trabalho "Diagnóstico, profilaxia e tratamento da doença hemolítica do recém-nascido (Eritroblastose fetal)", apresentado pelos drs. Osvaldo Mellone, Carlos da Silva Lacaz e Oscar Yahn;

Prêmio "Enjolras Vampré" — Conferido ao trabalho "O valor do exame do líquido cefalorraquiano no diagnóstico dos tumores intracranianos", apresentado pelos drs. Aloysio de Mattos Pimenta, Otávio Lemmi e João Baptista dos Reis;

Prêmio "Honorio Libero" — Conferido ao trabalho "Angiocardiografia nas cardiopatias congênitas", apresentado pelos drs. José Reynaldo Marcondes, Aristosto Martirani, Fernando Gayotto, Adauto Barbosa Lima, Oscar Teixeira e Eduardo Souza Cotrin;



"Torres,, apresenta...

...uma nova terapêutica

Glico Necroton

HIPERGLICOSE (50%)
associada ao princípio antitóxico
do fígado

USO ENDOVENOSO

ampolas de 10 ou 20 cm³



"Torres..

LABORATÓRIO TORRES S/A
Orientação científica Prof. Otto Bier
Dep. Propaganda: R. da Liberdade 834 - 5.º andar
São Paulo

Prêmio "Adolfo Carlos Lindenberg" — Conferido ao trabalho "Dermatoses dos indígenas do Alto Xingú", apresentado pelo dr. Vicente Grieco;

Prêmio "José Pinto Alves" — Conferido ao trabalho "Contribuição ao estudo da esquistossomose

Mansônica no Estado da Bahia — Brasil", apresentado pelo dr. José de Oliveira Coutinho;

Prêmio "Nicolau de Moraes Barros" — Conferido ao trabalho "O ciclo ovariano (Estudo cito-histológico)", apresentando pelo dr. Carlos Alberto Salvatore.

CONGRESSOS MÉDICOS

III Congresso da Associação Paulista de Medicina

RESUMO DOS TRABALHOS DO TEMARIO OFICIAL

DIA 22 DE JANEIRO DE 1951

Presidente: Dr. Carlos Stevenson (Campinas)

A) Diagnóstico e tratamento clínico das moléstias pulmonares crônicas não tuberculosas — Dr. M. A. Nogueira Cardoso. O pouco interesse demonstrado até alguns anos pelos clínicos e radiologistas por essas afecções, foi substituído, graças às novas possibilidades terapêuticas proporcionadas sobretudo pela cirurgia, por uma fase de intenso estudo procurando esclarecer os pontos obscuros existentes. Novos processos de pesquisa foram criados e outros já conhecidos passaram para a rotina. O relatório passa em revista a maioria das moléstias crônicas não tuberculosas ocorrentes em nosso meio, quer do ponto de vista etiopatológico, como do ponto de vista do diagnóstico e tratamento. Dá especial atenção às micoses, supurações bronco-pulmonares e neoplasias malignas. Nestas, depois de expor os principais quadros clínicos e radiológicos, procurando dar-lhes uma interpretação anátomo-patológica, discute a questão do seu diagnóstico precoce, baseando-se em sua experiência. Nas outras afecções pulmonares citadas, focaliza alguns problemas mais interessantes, uns atinentes à etiopatogenia e outros ao diagnóstico e terapêutica.

B) Tratamento cirúrgico das moléstias pulmonares crônicas não tuberculosas — Dr. Euryclides J. Zerbini. Este trabalho baseia-se na seguinte experiência: 94 casos de abscessos do pulmão, (23 casos de bronquectasias, 10 casos de cistos congênitos do pulmão, 70 casos de carcinomas brônquicos, 2 casos de sarcomas do pulmão, alguns casos de tumores metastáticos do pulmão, 2 casos de adenomas brônquicos, 1 caso de hemangioma do pulmão e 1 caso de blastomiose pulmonar.

O tratamento dos abscessos do pulmão foi: conservador em 22 casos, cantério-pneumectomia em 4 casos, drenagem em 54 casos e ressecção pulmonar em 19 casos (7 destes já haviam sido drenados). Entre os 54 abscessos drenados houve 34 curas (62,9%), mas somente 24 pacientes (44,4%) curaram-se com a drenagem isolada; os outros 10 necessitaram de outras operações. Entre os 19 casos tratados pela ressecção foram praticadas 3 pneumectomias, 15 lobectomias e uma reação segmentar, sendo conseguida a cura em 17 casos (89,5%).

Entre 23 pacientes portadores de bronquectasias, 6 tiveram tratamento conservador por apresen-

tarem lesões muito extensas. Em 11 casos foi possível a ressecção de todos os lobos com bronquectasias e todos esses pacientes curaram-se. Em 5 pacientes foi ressecada a maior parte do parênquima pulmonar doente, mas ainda restaram segmentos com bronquectasias; estes pacientes apresentaram grande melhora clínica, mas não estão curados. Em um caso foi apenas tratado um empiema crônico, que era complicação de bronquectasias do lobo inferior.

Entre 10 casos de cistos congênitos, 2 apresentavam lesões bilaterais infectadas e tiveram tratamento conservador. Em 2 pacientes, os cistos foram drenados. Foram feitas 3 lobectomias e 4 pneumectomias, sendo obtida a cura em todos os casos; 1 desses pacientes havia sido drenado.

Entre 70 casos de carcinoma brônquico, 36 (51,4%) apresentavam, ao exame clínico, sinais de inoperabilidade; 17 (24,2%) foram submetidos à toracotomia, mas não foi possível a pneumectomia;

somente em 17 (24,2%) pacientes foi possível a pneumectomia. A mortalidade imediata foi de 29,4% e somente 5 pacientes estão vivos e em bom estado geral, com sobrevivência mediando entre 12 e 31 meses. Somente com operações precoces é possível maior número de ressecções com êxito.

A experiência do autor em relação aos demais tumores do pulmão é pequena. Dois casos de sarcoma foram operados, mas a pneumectomia só foi possível em um deles. Vários tumores metastáticos foram observados, mas, em nenhum caso, tratava-se de tumor solitário e ressecável. Dois casos de adenomas brônquicos foram tratados pela pneumectomia sendo obtida a cura dos pacientes. Em um caso de hemangioma do lobo superior esquerdo, foi feita a ligadura de todos os vasos do tumor. Um caso de blastomicose pulmonar foi explorado, mas não foi possível praticar a pneumectomia; nesse caso, o diagnóstico pré-operatório era de carcinoma brônquico.

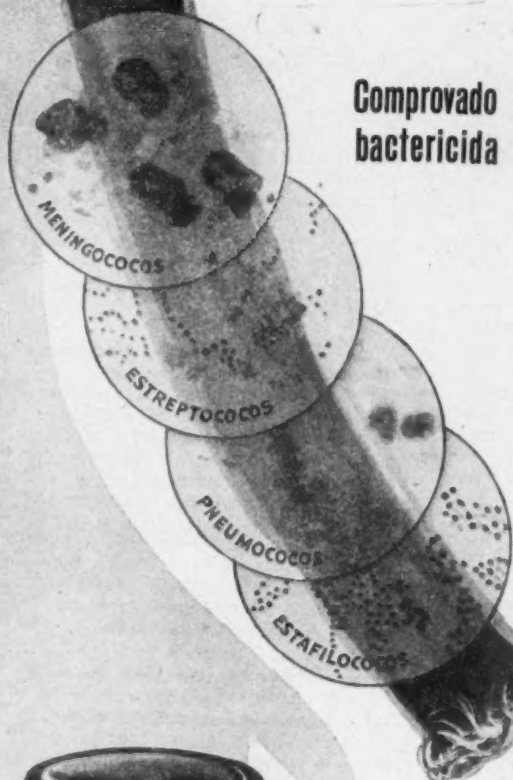
Presidente: Dr. Antonio Mendes Filho (Marília)

A) Afeções cirúrgicas da tireóide — Prof. Alípio Corrêa Netto. Este relatório encara todas as afeções da glândula tireóide que se subordinam ao tratamento operatório. Como se trata de um vasto capítulo da patologia cirúrgica, o relator subdividiu o assunto em vários itens, encarregando outros correlatores de ventilar alguns deles, a fim de dar uma visão mais ampla e profunda; baseado nesses trabalhos parcelados, o relator encara o problema de conjunto. O relatório está baseado em apreciável estatística, incluindo casos de instituições públicas e da clínica particular. Os capítulos mais particularmente ventilados são: a) Tireoidites agudas e crônicas; b) Bócio colóide; c) Hipertireoidismo; d) Complicações pós-operatórias na tireoidectomia; e) Tratamento cirúrgico do hipertireoidismo f) Tetania paratireoidopriva após a

operação sobre a tireóide; g) Adenoma fetal da tireóide; h) Tumores malignos da tireóide.

B) Tratamento cirúrgico do hipertireoidismo — Dr. J. Domingues Pinto (Santos). Este relatório explana o tratamento cirúrgico do hipertireoidismo, abordando principalmente os insucessos cirúrgicos e suas causas, e apontando os meios de evitá-los à luz dos conhecimentos atuais. O autor relaciona essas ocorrências desfavoráveis ao tipo clínico da enfermidade e aos fatores que comumente a agravam: preparo insuficiente com observação pré-operatória mal conduzida, complexidade anatômica da região e técnica usada. O autor estuda todos esses itens pormenorizadamente, preconizando os meios de contornar os obstáculos e termina fazendo comentários sobre sua estatística pessoal de 123 casos.

**Comprovado poder
bactericida local!**



SULFA + MERCUROCROMO
Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!



Direção científica: **Far. FAUSTO SPINA**
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SÃO PAULO

Presidente: Dr. Luis Ferraz Sampaio (P. Prudente)

A) Socialização da Medicina — Dr. Durval Rosa Borges. O relator procura fixar as peculiaridades do trabalho médico que, embora técnico, exige conhecimentos e qualidades que o distinguem dos demais. Estuda os fatores que provocaram a extensão dos serviços médicos aos grupos sociais menos favorecidos, acentuando que esse fato, longe de representar aspecto a ser combatido, constitui, na realidade, dever do médico, merecendo apóio e orientação. Discrimina, em seguida, as instituições que atualmente prestam assistência médica "socializada" — o Estado, as sociedades beneficentes, os Serviços Sociais (Sesi e Sesc) e o Seguro Social (Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões) — destacando as qualidades e defeitos de cada uma delas. No decorrer da exposição estuda questões profissionais de interesse, como sejam o trabalho gratuito, a duração do trabalho médico, o nível atual de remuneração, o conceito de salário mínimo, as restrições à prática da Medicina Liberal, as limitações na Medicina socializada, a exploração do médico por terceiros, etc. Quanto à Medicina Liberal, procura mostrar suas qualidades e defeitos, sugerindo medidas que a defendam e que a tornem acessível a grupos economicamente fracos. Propõe interferência efetiva da Associação Paulista de Medicina na defesa da profissão, seja em regime liberal ou público, e ainda no planejamento de assistência médica ao povo do Estado de São Paulo. Inclui em seu relatório dados colhidos em inquérito social e econômico realizado pela A.P.M. Finalmente preconiza a união de todos os médicos brasileiros em uma só Sociedade para o estudo de questões comuns e para melhor defesa da profissão.

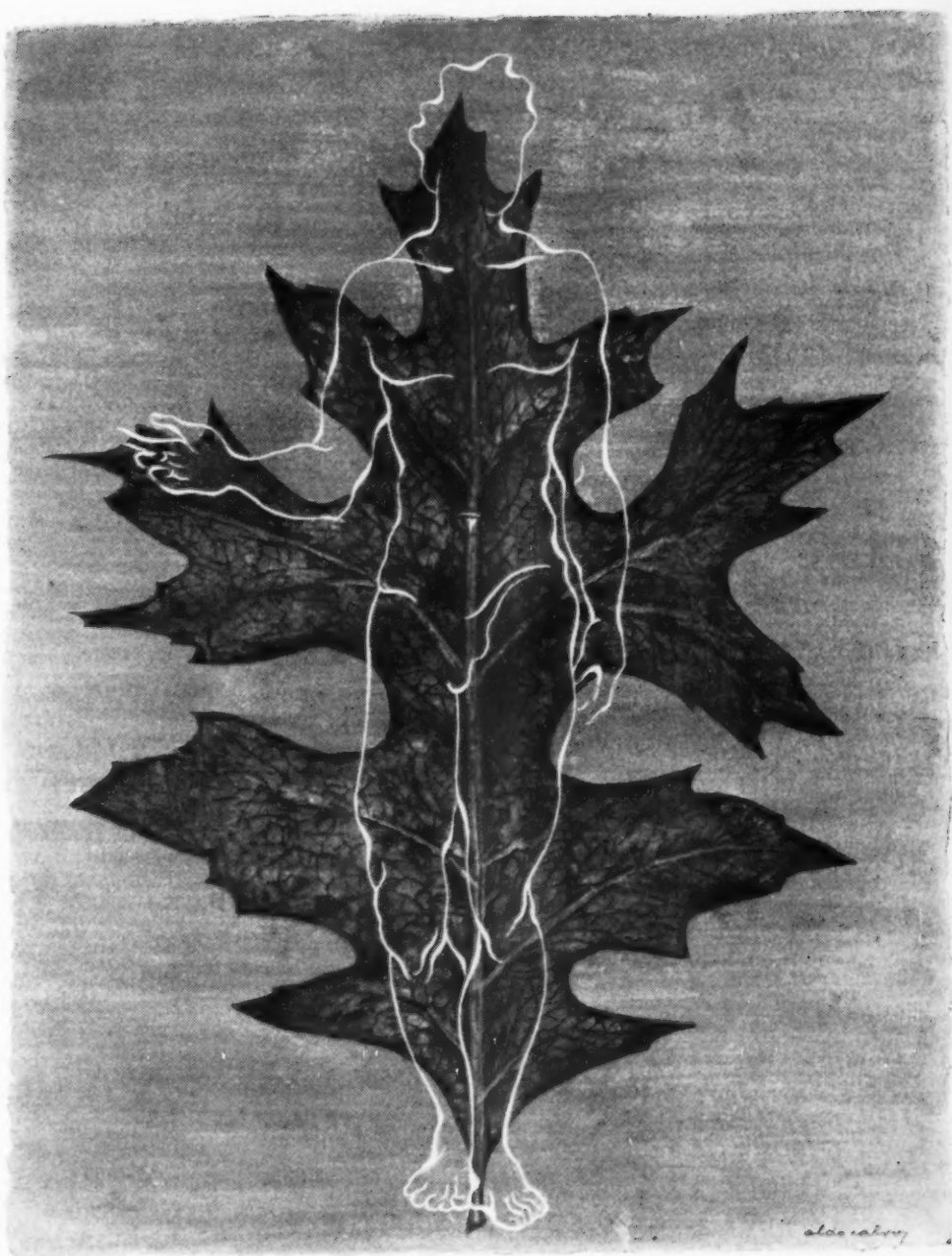
B) Desvantagens e vantagens da socialização da Medicina — Dr. Aniloel Alves Nazareth (São José do Rio Preto). O relator apresenta argumentos que preconizam ou

combatem a socialização da Medicina, admitindo, entretanto, como imperativo do momento, a sua aceitação. Propõe para os médicos a tarefa de diminuir os conflitos na evolução do processo e, para o Estado, a responsabilidade e financiamento da assistência aos necessitados atualmente feita à custa dos médicos.

C) A Socialização da Medicina no Interior — Dr. Clovis de Sá e Benevides (Jundiaí). O relator descreve o exercício da Medicina em alguns centros do interior do Estado, com especial referência à cidade de Jundiaí. Acenta a tradição de medicina socializada em algumas cidades, onde a prática da medicina liberal pouco representa em volume. Sugere medidas que tornem mais eficientes os serviços existentes e outras que sirvam à defesa da profissão.

D) Socialização da Medicina — Dr. Linneu Silveira (Sorocaba). O autor abstém-se de discutir aspectos doutrinários dos problemas, limitando-se a apresentar a opinião dos médicos de Sorocaba sobre o assunto, fazendo, também, considerações de ordem prática visando os interesses da classe médica. Considera o problema da socialização da medicina sob dois aspectos: a) socialização total incluindo a medicina; b) socialização parcial, sob a qual a medicina seria socializada na vigência de regime capitalista.

A socialização exclusiva da Medicina, na vigência de regime capitalista, é considerada como situação que deve ser repelida pela classe médica, visto constituir uma injustiça. A socialização de qualquer tipo de atividade pressupõe ônus que não deve sobrecarregar apenas uma classe. O vulto de iniciativa que vise a socialização da Medicina é levado em consideração, em face da precariedade de nossa situação presente. A socialização acarretará aumento de en-



ARTERIOFLEX

ARTERIOFLEX

Iodureto de potássio - Teofilina - Carbonato de lítio
Feniletilmaloniluréia - Azotato de potássio



*Realiza a melhor terapia antiesclerótica
Reduz a hipertensão arterial
Elimina a sintomatologia subjetiva
Previne as complicações
É perfeitamente tolerado mesmo nos tratamentos
muito prolongados*



Hipertensão arterial :- Arteriosclerose :- Angina de peito
Nefroses crônicas :- Espasmos vasculares :- Manifestações
estenocárdicas :- Edemas :- Patologia da velhice



D O S E S

1 a 2 drágeas, duas vezes ao dia, antes ou depois
das refeições.



LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105 - Caixa Postal, 2797 - SÃO PAULO
Consultores Científicos: Professores Drs. Mario Artom e Alexandre Seppilli

FLAVONIL

Drágeas

Associação das VITAMINAS

P (Rutina)
C (Ácido ascórbico)
K (Menadonlal)

Fórmula por drágea:

VITAMINA P (Rutina)	0,030 g
VITAMINA C (Ácido ascórbico)	0,050 g
VITAMINA K (Menadiona)	0,001 g
CARBONATO DE CALCIO . . . q. s. para . . .	0,330 g

Indicações: Fragilidade capilar. Estados hemorrágicos. Tratamento pré e post-operatório.

Modo de usar: 3 a 4 drágeas ao dia, podendo, a critério médico, chegar a 8 drágeas diárias.

Apresentação: Vidro com 24 drágeas.

Embalagem hospitalar com 100 drágeas.

LABORATÓRIO XAVIER
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 — Caixa Postal 3331 — Tel. 3-4139 — São Paulo

Consultores Científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro
Prof. Dr. Genésio Pacheco

Depósitos:

Rio de Janeiro — Rua da Quitanda, 163
Belo Horizonte — Rua Goitacases, 61
Porto Alegre — Rua Dr. Flores, 458

Representantes nos demais Estados.

cargos de vastas proporções para os quais a classe não está preparada.

São tecidas considerações em torno da socialização da Medicina na Grã-Bretanha, pondo em evidência a situação de oposição formal em que se colocou a British Medical Association, em consequência dos graves prejuízos que a mesma acarretou à classe médica e à prática da medicina e da cirurgia em geral. É destacada a posição da American Medical Association, tão zelosa e eficiente na defesa dos interesses da classe médica de seu país, em oposição formal a qualquer tentativa de socialização da Medicina nos Estados Unidos. O autor considera de grande utilidade a ida de observadores da A.P.M. à Grã-Bretanha, a fim de estudarem de forma objetiva as consequências da socia-

lização para a classe médica e para a comunidade.

Adverte sobre a precária situação da classe situada entre duas forças: um eventual serviço nacional de saúde dirigido pelo governo, e outra a clientela, que também pode ser chamada de eleitorado. Essa situação interessaria muito aos governos em face do significado político que teria uma reforma desse tipo. Interessaria também às classes produtoras, pois estas se desonerariam dos encargos que têm atualmente com assistência médico-hospitalar. Dificilmente agradaria à classe médica e à comunidade, pois é de se temer que, ao lado de outros inconvenientes, haja uma queda progressiva do padrão de assistência médica, produzida pela sobrecarga de serviços que provavelmente não seriam satisfatoriamente remunerados.

DIA 23 DE JANEIRO DE 1951

Presidente: Dr. Paulo Gomes Romeu (Ribeirão Preto)

A) Diagnóstico e tratamento endoscópico das bronquectasias. — Dr. Plínio Mattos Barreto. O autor apresenta vários casos nos quais a etiologia das bronquectasias pôde ser bem determinada, e outros em que a evolução do processo foi acompanhada desde a sua fase inicial reversível até aquela só curável pela ressecção pulmonar. Apresenta também vários casos de corpos estranhos das vias aéreas inferiores, que originaram os mais diversos tipos de dilatações brônquicas. Demonstrou o que se pode fazer, com relação à profilaxia, baseando-se no fato de serem a obstrução brônquica e a infecção as causas primárias mais importantes na gênese das bronquectasias. Refere o valor da broncoscopia, no diagnóstico e no tratamento das estenoses brônquicas e de outros tipos de obstrução dos condutos aéreos. Aponta a broncografia como sendo o melhor meio para pôr em evidência as alterações das paredes brônquicas, e assinala o alcance limitado da broncoscopia, para diagnosticar as bronquectasias

e determinar a extensão das alterações. Ressalta o valor da bronco-aspiração no preparo dos casos operáveis e também no tratamento daqueles que não comportam indicações cirúrgicas.

B) Diagnóstico e tratamento dos cistos do pulmão. — Dr. Nairo França Trench. O autor justifica a reunião das diferentes modalidades clínicas e radiológicas de cavidades pulmonares aparentemente idiopáticas dentro de uma designação genérica de doença cística do pulmão. Apresenta a seguir os três aspectos clínicos e radiológicos de incidência mais freqüente na prática, apontando os sintomas e sinais mais comuns peculiares a cada uma dessas modalidades. Analisa as transformações clínicas e radiológicas acarretadas pela intercorrência das complicações mais freqüentes: distensão, infecção e hemorragia. Cataloga, depois, as diferentes orientações terapêuticas já ensaiadas, fazendo sumária crítica das mesmas.

C) Diagnóstico e tratamento das pneumoconioses — Dr. J. Otávio Nêbias — A silicose e a asbestose são as duas entidades clínicas de maior importância no grupo das pneumoconioses. A primeira, pela sua universalidade e pelos seus característicos etiopatogênicos, constitui não só um sério problema clínico como principalmente, de higiene industrial. Por isso, ela deve ser bem conhecida dos médicos em geral, dos higienistas e também dos médicos legistas, pois constitui uma das mais típicas doenças profissionais.

D) Diagnóstico e tratamento dos abscessos do pulmão — Dr. Paulo Vilhena de Moraes. Grande tem sido a evolução das idéias relativas à patogenia, diagnóstico e tratamento dos abscessos do pulmão. A clássica divisão considerando o abscesso agudo como indicação absoluta para o tratamento clínico e só o crônico como de indicação cirúrgica já foi superada. O diagnóstico e a orientação terapêutica muito tem progredido em face dos melhores conhecimentos de sua patogenia. O exame radiográfico, embora não ofereça dados patognomônicos, é fundamental para o diagnóstico. A planigrafia dá uma localização precisa, orientando a escolha da via de abordagem do abscesso e da extensão da broncopneumonia. O tratamento do abscesso consiste numa série de medidas cirúrgicas e não cirúrgicas que deverão ser empregadas sinergicamente. Os antibióticos deverão ser empregados precocemente, incluindo a associação dos mais recentes, tendo em mente sua especificidade em relação à flora microbiana.

E) Diagnóstico das neoplasias do pulmão — Dr. Bernardino Tranchesi. As neoplasias primitivas do pulmão são o carcinoma brônquico (90-95%), o adenoma brônquico (6-8%) e o sarcoma (1%). Os adenomas são considerados como tumores malignos do grau I, e o seu diagnóstico é feito por broncoscopia e biópsia. O carcinoma brônquico apresenta 3 tipos histo-

lógicos: o epidermóide, o adenocarcinoma e o indiferenciado. Sob o ponto de vista anatômico, esses tumores são centrais, intermediários ou periféricos; os dois primeiros são obstrutivos, produzindo atelectasias lobares ou segmentares. Os principais sintomas do câncer são: tosse, dor, dispnéia, supuração pulmonar, perda de peso, caquexia rouquidão, disfagia e cornagem. Os tumores localizados no ápice do pulmão podem produzir a síndrome de Pancoast, que se caracteriza por compressão do plexo braquial, do simpático cervical, e destruição da primeira costela. A comprovação do diagnóstico é feita pela radiografia (radioscopia, radiografia e planigrafia), pela broncoscopia ou pela toracotomia exploradora.

F) Diagnóstico e tratamento das micoses pulmonares. Dr. C. da Silva Iacaz. O autor divide as pneumomioses em dois grandes grupos, conforme o agente micótico isolado do escarro: 1) Micoses pulmonares determinadas por fungos realmente patogênicos (*Cryptococcus neoformans*, *P. brasiliensis*, *B. dermatitidis*, *H. capsulatum*, *C. immitis*, *C. Israeli*, *P. asteróides*, *A. brasiliensis* e *Sp. Schenckii*); 2) Micoses pulmonares determinadas por fungos de patogenicidade discutida ou potencialmente patogênicos. Este grupo inclui os processos pulmonares provocados por cogumelos dos gêneros "Candida", "Aspergillus", "Penicillium", "Hormodendrum", "Geotrichum", "Geotrichoides", etc. Os principais aspectos — clínicos, radiológicos e laboratoriais — são discutidos e analisados com a experiência pessoal do autor. Bibliografia especializada no final.

G) Asma brônquica — Dr. Ernesto Mendes. A asma brônquica é estudada sob o ponto de vista regional, em relação com o ambiente de São Paulo, em 1.706 pacientes. A incidência da asma brônquica é de 2% na população geral. Os pretos e mulatos são acometidos praticamente na mesma proporção que os brancos. Havia 14% a mais de

pacientes masculinos. A asma surgiu em 40,2% dos casos antes dos 6 anos de idade. Havia história pessoal alérgica em 71,7% dos pacientes e em 70% as manifestações alérgicas alternavam-se. Em 76,4% dos pacientes foi encontrada uma história familiar alérgica. Em 22,5% a herança era bilateral e em 72,5% era unilateral. Foram considerados como contribuidores importantes os fatores físico-químicos, meteorológicos, infecciosos, psíquicos, endócrinos. Os principais fatores excitantes, de acordo com as reações cutâneas, foram: poeira de casa; leite; paina; chocolate; feijão; banana; tomate; penas; carne de vaca; algodão. Os pólenes praticamente não interferem, os fungos estão em estudo, dos não conclusivos. A fisiopatia e as bactérias oferecem resultadologia resume-se, principalmente, em espasmos, edema e hipersecreção. Os tratamentos são abordados somente nos pontos essenciais. No estado de mal asmático, a acidose gasosa e a hipopotassemia são consideradas em particular porque podem ocasionar a morte dos pacientes. No tratamento geral, a ginástica ocupa lugar de destaque e os tratamentos rino-laringológicos e cirúrgicos são criticados.

O resultado terapêutico fica condicionado à seguinte premissa: uma doença acentuadamente hereditária, apta a reagir alérgicamente a centenas de antígenos diferentes, na qual se enxertam facilmente reflexos condicionados aos mais variados fatores físico-químicos, meteorológicos e psíquicos, excepcionalmente pode ser curada.

H) Patologia das supurações pulmonares crônicas — Dra. Maria Luísa M. Tavares de Lima. Três são os principais processos supurativos do pulmão: a bronquectasia e o cisto aéreo quando infectados, e o abscesso. A bronquectasia pode ser uma dilatação local ou difusa. Na determinação da bronquectasia há necessidade do concurso de vários fatores: fraqueza da parede do brônquio, processo inflamatório e aumento das forças intra ou extra bronquiais. Os cistos congênitos resultam de uma deficiência no desenvolvimento da árvore bronquial. Os abscessos se originam de processos bronco-pneumônicos ou de processos supurativos, oriundos de outros pontos do organismo, levados ao pulmão por via hematogênica. Entre os processos específicos, podem causar supuração crônica pulmonar, a amebíase e a actinomicose.

Presidente: Dr. Samuel Valente de Oliveira (São Carlos)

A) Complicações operatórias das tireoidectomias subtotais — Prof. Eurico da Silva Bastos. Apoiado em sua experiência, o autor discute algumas complicações pós-operatórias, observadas em doentes tireoidectomizados nos últimos 5 anos. O trabalho baseia-se no estudo de 160 operações. Em 155 casos havia lesões não malignas da glândula tireóide e houve 2 mortes; sendo uma por crise tireotóxica aguda e outra por asfixia por compressão da traquéia por hematoma. Entre todos os pacientes operados, houve 5 crises tireotóxicas, 10 casos de hemorragias secundárias, 15 casos de alteração de voz nas tireoidectomias subto-

tais. Seis pacientes apresentaram espasmos musculares. Como complicações cirúrgicas em 2 casos houve perfuração da traquéia e, em 3 casos, infecção da ferida operatória. Extensa bibliografia.

B) Extensão da ressecção glandular na operação de bócio com hipertireoidismo — Prof. A. Bernardes de Oliveira. O autor procura mostrar estatisticamente as diferenças existentes entre o hipertireoidismo por bócio difuso e por bócio nodular, quanto à amplitude das ressecções em face dos resultados tardios, para concluir que, no Basedow legítimo, é imprescindível uma operação ampliada, en-

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem exceção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina
Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante :

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

Distribuidores :

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

quanto que nos bócios nodulares, ressecções mais parcimoniosas conduzem igualmente à cura.

C) Lesões dos nervos laringeos nas tireoidectomias — Dr. Leonidas Costa Duarte. O autor faz uma revisão dos dados anatomo-cirúrgicos da glândula tireoide e ressalta a necessidade do exame sistemático da laringe nos períodos que antecedem e sucedem as tireoidectomias. Apresenta uma estatística comentada sobre o assunto.

D) Problema do adenoma fetal da tireoide — Dr. Sebastião Hermeto Junior. O autor resume a literatura básica, salientando especialmente os conceitos de Wolfler e Wegelin. Salienta, depois, as características anatomo-clínicas dos adenomas fetais, baseando-se em sua casuística. Descreve as características histopatológicas, salientando os aspectos da hiperplasia tireoideia do tipo fetal. Mostra a importância clínica, especialmente a transformação neoplásica. Executa a lobectomia total em qualquer idade, como tratamento ideal. Os fatos anatomo-clínicos relatados são demonstrados em dispositivos originais.

E) Tetania pós-operatória nas tireoidectomias subtotais — Drs. Nicolau Moraes Barros Filho, Otávio Moraes Dantes e Palmiro Rocha. A incidência de hipoparatiroidismo depois de tireoidectomias subtotais aumenta de acordo com o interesse com que é pesquisado e, quando se incluem na estatística as formas leves e as latentes, ela é bem maior do que geralmente se supõe. O diagnóstico da insuficiência paratireoideia é essencialmente clínico e depende do cuidado com que são pesquisados os sintomas e os sinais físicos que traduzem um aumento da excitabilidade neuro-muscular. Nas formas frustas, os formigamentos e as câimbras, por vezes muito atenuados e esporádicos, são os sintomas mais comuns; nas formas latentes, o sinal de Chvostek pode ser o único elemento de diagnóstico, desde que, em sua inter-

pretação, se considerem as restrições que foram apontadas. Os dados de laboratório, representados pelas dosagens de cálcio e de fósforo no soro, são destituídos de importância no que se refere ao diagnóstico, pois que as formas atenuadas e latentes de hipoparatiroidismo ocorrem sem alterações significativas naquelas dosagens e, nas formas manifestas, a exuberância do quadro clínico dispensa o auxílio do laboratório. A ligadura troncular bilateral das artérias tireoideas inferiores no decurso das tireoidectomias é manobra inadequada, que interfere com a irrigação das paratireoideas, contribuindo para aumentar a incidência de hipoparatiroidismo pós-operatório.

F) Estudo anatomo-patológico do carcinoma da tireoide — Dra. Maria Luisa M. Tavares de Lima. Os carcinomas da tireoide apresentam aspectos anatomo-clínicos diferentes dos demais carcinomas. Os quadros histológicos variam grandemente de um tumor para outro e no mesmo tumor. Muitos são anaplásticos e simulam sarcomas, sendo possível a diferenciação apenas pela impregnação do retículo pela prata. Outros carcinomas são tão diferenciados que o seu caráter de malignidade é constituído apenas pela invasão vascular, dando metástases à distância principalmente nos pulmões e nos ossos. Grande número de carcinomas origina-se num bório nodular, pré-existente há alguns anos. Outros crescem, de início, no parênquima da glândula, invadindo-a difusamente. Esta forma de crescimento é encontrada nos carcinomas de evolução mais maligna. São estudados os vários tipos de carcinomas encontrados na tireoide, seguindo-se, como esquema, a classificação de Clute e Warren.

G) Anestesia nas operações sobre a glândula tireoide — Dr. Antonio Pereira de Almeida. Após breve introdução em que são discutidas algumas propriedades dos anestésicos locais e gerais em relação ao hipertireoidismo, são ana-

lisadas 201 anestésias para operações sobre a glândula tireóide e seus resultados no que se refere à entubação traqueal e incidência de vômitos, cefaléia e alterações respiratórias no pós-operatório.

H) Tratamento pré-operatório do hipertireoidismo — Dr. Lício Marques de Assis. A mortalidade cirúrgica no hipertireoidismo diminuiu com o uso pré-operatório de iodo, tiouracil, o autor mostra que o propiltiouracil tem efeito comparável aos das outras substâncias. Com o propiltiouracil, houve somente um caso de intoxicação em 46 pacientes observados. As drogas anti-tireoideias libertam o hormônio tireotrófico, responsável pelo aumento de volume e da friabilidade da glândula. Daí a indicação do emprêgo do iodo, que promove alterações involutivas nos folículos. Vários comentários são feitos sobre as indicações cirúrgi-

cas. Dos 125 pacientes tratados, 16 (12,8%) foram encaminhados para a cirurgia.

I) Tireoidites agudas e crônicas — Dr. Wilson Fry. O autor estuda as tireoidites, classificando-as em agudas não supurativas e supurativas, e crônicas degenerativas. Após estudo clínico e anátomo-patológico das tireoidites agudas não supurativas tece comentários a respeito de seu tratamento pelo tiouracil, que considera vantajoso. Estuda, em seguida, os principais característicos das tireoidites supurativas. Faz um resumo histórico sobre o conceito de tireoidite crônica degenerativa; é partidário do conceito dualista no que diz respeito às doenças de Riedel e Hashimoto. Estuda as principais características destas afecções. Descreve um caso ilustrativo de cada uma das afecções que aborda.

Presidente: Dr. Astolfo de Araujo (Barretos)

A) A experiência mundial na socialização da Medicina — Prof. A. de Almeida Junior. O autor estuda a socialização da Medicina em ação, na Inglaterra e União Soviética, e os planos propostos nos Estados Unidos. Refere os fatores principais que motivaram a evolução verificada, capazes de agir em três ambientes econômicos e sociais bem diversos. Atribui aos médicos importante papel na evolução do processo, evitando choques e conflitos desnecessários.

B) Indústria farmacêutica e socialização da Medicina — Prof. Afrânio do Amaral. O autor situa o problema em suas linhas gerais para depois relatar o que existe de errado na produção e distribuição dos medicamentos, com o seu conseqüente encarecimento. Através de gráficos demonstra o lucro exagerado dos droguitas intermediários, e os acusa de exercerem um truste com evidente prejuízo para o povo. Sugere a interferência da A.P.M. na momentosa questão.

C) Medicina rural e socialização da Medicina — Prof. Samuel Pessoa. O autor estuda minuciosamente o ambiente social, econômico e sanitário do País, concluindo pela impossibilidade, no momento, de qualquer medida socializante unilateral. Estuda o melhor tipo de assistência médica ao homem do Interior, destacando dois pontos: os Centros de Saúde seriam as unidades assistenciais mais adequadas e a Medicina a ser dada não deveria distinguir as atividades preventivas das curativas.

D) Serviço Público e socialização da Medicina — Dr. Humberto Pascale. O autor descreve a evolução que vem sofrendo o conceito de Medicina pública, acentuando sua ampliação, dos limites puramente sanitários para os de assistência médica polivalente. Destaca o papel do Estado na questão e propõe um plano assistencial completo.

E) Seguro Social e socialização da Medicina — Dr. L. E. Puech

Leão. O autor estuda a evolução que a Medicina vem sofrendo e situa o papel do Seguro Social dentro deste processo. Estuda a assistência médica desenvolvida pelas Caixas e Institutos, suas qualidades e defeitos. Acentua a falta de apoio e estímulo à pesquisa e ao estudo nessas instituições, como também o regime de baixa remuneração em vigor para os médicos.

F) Hospital e socialização da Medicina — Prof. A. Bernardes de Oliveira. O autor estabelece um paralelo entre a situação do médico e a dos hospitais em face da socialização encetada na Medicina Brasileira. Conclui que, no Brasil, a assistência socializada aproveitasse dos hospitais particulares, pagando-os mal, ao mesmo tempo que, pela restrição progressiva da clínica privada que promove, agrava as condições de existência dessas instituições, de modo a tornar provável e próxima a sua inviabilidade.

G) Medicina liberal e Medicina socializada — Prof. Oscar Monteiro de Barros — O autor, após estudar as causas que tendem a determinar a socialização da Medicina, faz um cotejo das vantagens e desvantagens da Medicina liberal e da Medicina socializada. Propugna, a seguir, pela formação de um organismo que defenda a classe médica da socialização injusta e lesiva à sua dignidade e à sua economia.

H) Ética profissional e socialização da Medicina — Prof. Flámino Fávero. O autor estuda a evolução que o exercício da Medicina vem sofrendo e suas consequências sobre a ética profissional. Destaca alguns pontos considerados básicos na Medicina liberal que não podem sobreviver em regime socializado, como a livre eleição e o segredo profissional. Aceitando a socialização como fato não discutível, lamenta sua influência sobre qualidades da Medicina, que a fizeram digna e respeitada.

I) Ensino médico e socialização da Medicina — Dr. Ariovaldo de Carvalho. O autor estuda a influência que a socialização da Medicina possa ter sobre o ensino médico. No momento apenas ela existe em países em que o ensino obedece a diretivas políticas. Onde isso não se verifica, o Brasil incluído, não há qualquer influência. Destaca como influência benéfica o estímulo ao estudo de questões médico-sociais e trabalhistas.

J) Serviços assistenciais e socialização da Medicina — Dr. Antonio Branco Lefèvre. O autor estuda a assistência médica prestada aos comerciários, em São Paulo, concluindo que ela merece críticas, particularmente no que diz respeito à concorrência feita pelo SESC ao IAPC. Propõe um plano de ação harmônica em que o SESC deverá funcionar como entidade de caráter supletivo em relação ao IAPC.

DIA 24 DE JANEIRO DE 1951

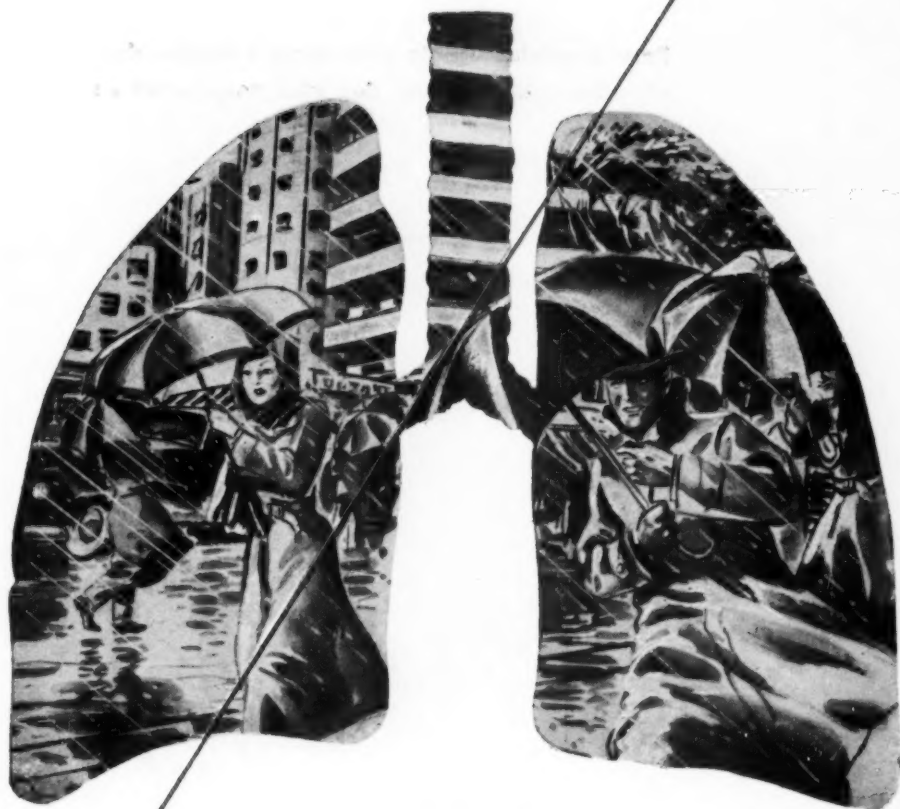
Presidente: Dr. Sílvio M. Berenguer (Araraquara)

A) Considerações sobre o tratamento cirúrgico das supurações pulmonares crônicas não tuberculosas — Prof. Edmundo Vasconcelos. O autor apresenta a sua experiência em 181 casos de cirurgia do pulmão, estudando todas as causas que influíram nos resultados. Destaca inicialmente as causas de morte, ressaltando que a gravidade da moléstia é de tal ordem, que a letalidade chega a 5%;

ora, a mortalidade operatória nas mãos do autor foi de 5%, o que vem demonstrar que a cirurgia oferece a possibilidade de cura sem alterar os riscos a que o doente está sujeito normalmente pela moléstia.

O autor passa em revista os seus resultados anuais, mostrando que com a melhora progressiva dos cuidados de preparo, anestesia técnica e indicações, os resultados

GRIPE



TRANSPULMIN

TRANSPULMIN

Solução oleosa à 3 % de quinina básica, cânfora e óleos etéreos.



**Para a quinioterapia parenteral e indolor das
afecções inflamatórias das vias respiratórias:**

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco-
pneumonia, bronquiectasia, abscesso pulmonar, etc.

PROFILAXIA DA PNEUMONIA POST-OPERATÓRIA

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 3 ampolas de 1,2 cm³

"	"	6	"	"	"
"	"	12	"	"	"
"	"	75	"	"	"
"	"	150	"	"	"



Homburg

Farmaco Ltda

Rua Dom Gerardo, 42 - 2.º

Telefone 23-2610

Caixa Postal 3107

RIO DE JANEIRO

INFILTRAÇÃO CORDUROSA



AÇÃO PREVENTIVA CONTRA A
ARTERIOESCLEROSE

HEPATOCAICO

Labor



NAS INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

podem ser considerados ótimos, e que a extirpação do pulmão ou do lobo atingido não oferece gravidade maior que as operações abdominais comuns.

B) Tratamento cirúrgico dos abscessos do pulmão — Dr. Gabriel Martins Botelho. O autor apresenta 9 casos de abscessos complicados do pulmão, sendo 7 provocados por germes anaeróbios e dois por germes não anaeróbios.

Sete casos foram submetidos à ressecção pulmonar: pneumonectomia (2), bi-lobectomia superior e média (2), lobectomia e ressecção segmentária (1), lobectomia (2). Dois casos complicados de etiologia anaeróbica e mau estado geral foram submetidos a pneumotomia para ulterior ressecção. Os casos de ressecção curaram-se sem complicações, exceto um, com pequena fistula brônquica, curada secundariamente com broncoscopia e cauterização. Os casos de pneumotomia, todos com grande melhora clínica e radiológica, recusaram a ressecção para a cura definitiva.

C) Tratamento cirúrgico das bronquectasias — Dr. Eduardo Etzel — A bronquectasia só pode ser curada pela ressecção cirúrgica de toda a porção do pulmão doente. Atualmente, essas operações apresentam menos riscos, desde que se introduziu a técnica da ligadura individual das artérias, veias e brônquios. Os antibióticos também contribuíram para essa evolução. A experiência do autor baseia-se em 7 casos operados entre maio de 1943 e agosto de 1950. Foram feitas 3 pneumectomias e 4 lobectomias, duas delas associadas à ressecção segmentária da língua.

Vários comentários são feitos sobre o tratamento pré-operatório, a anestesia, a técnica cirúrgica e o tratamento pós-operatório. O autor mostra que uma anestesia eficiente é a chave do sucesso das ressecções pulmonares para o tratamento da bronquectasia.

D) Tratamento cirúrgico das neoplasias do pulmão — Prof. José Maria de Freitas. Passando em rápida revista as características das neoplasias benignas e malignas do pulmão, o autor opina pela ressecção como tratamento cirúrgico de eleição, mesmo nas neoplasias benignas, visto que elas devem ser consideradas como potencialmente malignas. Manifesta-se contrário à extirpação radical do tumor. Defende a ressecção nos tumores metastáticos isolados do pulmão. Mostra a documentação em que baseia suas considerações.

E) Anestesia na cirurgia das afecções pulmonares crônicas — Dr. Alberto Caputo. Os processos supurativos crônicos do pulmão apresentam grande risco operatório e anestésico devido às condições de intoxicação do paciente, por se tratar de operações geralmente traumatizantes ou chocantes e por apresentarem esses pacientes quase sempre secreções. As secreções constituem o principal fator de morbidade e mortalidade pós-operatória.

O autor estuda 129 casos de operações em doentes portadores de afecções pulmonares crônicas. Verifica a incidência da localização nos diferentes lobos das intervenções realizadas, dos vários tipos e métodos de anestésias empregadas e dos agentes anestésicos. Mostra as várias medidas adoptadas para evitar os malefícios das secreções e estuda ainda a incidência de hipertensão e hipotensão arteriais, estado de choque e óbito, relacionando-os com os possíveis fatores em causa.

F) Contribuição dos endoscópicos para o pré e pós-operatório da cirurgia pulmonar — Dr. Plínio de Mattos Barretto. Considerando a capital importância da obstrução brônquica na gênese e na evolução da grande maioria das afecções pulmonares, o autor analisa sua etiologia e a patologia dela decorrente. Mostra como a obstrução brônquica pode ser suspeitada pela sua sintomatologia muito cara-

cterística e pelo exame clínico; como ela pode ser demonstrada pelos exames radiológicos radioscopia, radiografia simples, tomografia e broncografia) e afirma que é a broncoscopia o meio diagnóstico que, na maioria das vezes, permite determinar a natureza da obstrução.

Ressalta a importância da determinação exata dos segmentos obstruídos, e apresenta a nomenclatura internacional dos segmentos broncopulmonares, recomendada para melhor compreensão entre

clínicos, endoscopistas e cirurgiões. Demonstra o valor da endoscopia, no tratamento das obstruções brônquicas, e o que ela significa para a cirurgia pulmonar como preparo pré-operatório, como auxílio ao anestesista e ao cirurgião, durante a operação, e como tratamento pós-operatório. Termina, chamando a atenção para a necessidade de mais estreita colaboração entre clínicos, endoscopistas e cirurgiões, para que os doentes possam aproveitar todos os recursos da medicina moderna.

RESUMOS DOS TRABALHOS DO TEMARIO OFICIAL (ASSUNTOS PARA MÉDICOS)

DIA 25 DE JANEIRO DE 1951

Presidente: Dr. Antonio Delmanto (Botucatu)

A) O ponto de vista do médico especializado em administração hospitalar — Dr. Odair Pedroso. Se bem que possam ser citados exemplos de planificação para o desenvolvimento de alguns hospitais e tenham sido feitos estudos para umas poucas comunidades, a maioria dos hospitais em nosso país tem surgido de maneira desordenada, sem serem consequência de um programa ou plano que atenda às necessidades da comunidade ou região a que devem servir. O autor refere-se aos estudos de Rezende Puech sobre o problema hospitalar no Estado de São Paulo e aos trabalhos que o Prof. Rafael de Paula Souza vem realizando à testa do Serviço Nacional de Tuberculose, salientando que, contudo muito pouco tem sido feito em nosso país, no sentido de uma planificação racional do nosso sistema hospitalar.

Aborda o problema da falta de pessoal técnico para trabalhar nos hospitais, na deficiência numérica de enfermarias, da absoluta carência de técnicos em administração hospitalar, na quase absoluta falta de entrosamento entre as diversas instituições, ou outros órgãos de saúde pública, etc. Refere-se à avaliação e desenvolvi-

mento notável que vem se processando no setor de assistência hospitalar e da necessidade, portanto, de uma planificação cuidadosa e da preparação do pessoal hospitalar. Finalizando, sugere planos de ação conjunta — governamental e de particulares — para o desenvolvimento da assistência hospitalar; de criação de organismos orientadores e controladores dos hospitais; de cursos para a formação de administradores e pessoal técnico e auxiliar; de criação de administradores e pessoal técnico e auxiliar; de criação de um sistema hospitalar que realmente atenda às necessidades do país.

B) O ponto de vista profissional liberal — Dr. Darcy Villela Itiberê.

1 — O médico em face das organizações hospitalares privadas; 2 — O doente como figura central e principal de qualquer tipo de hospital; 3 — O hospital privado como centro de ensino e de assistência; 4 — Papel que caberá, no futuro, à Associação Paulista de Medicina na orientação do problema hospitalar em São Paulo.

C) O ponto de vista da administração leiga — Drr. José de Alcân-

tara Machado Filho. O autor não forneceu resumo.

D) O ponto de vista da assistência social — D.^a Jocelina Silveira Guimarães. Considerações sobre a assistência médico-social no Brasil (Assistência médico-hospitalar; Organizações oficiais e de iniciativa privada; Saúde Pública; Previdência Social e Serviços médicos prestados); — Considerações sobre os recursos em hospitais e leitos por entidades mantenedoras tanto sob o ponto de vista quantitativo, como quanto à avaliação da assistência prestada sob o ponto de vista qualitativo; 3 — Posição ocupada pela iniciativa privada no terreno da assistência hospitalar. A assistência hospitalar e as Santas Casas de Misericórdia; 4 — Objetivos do Plano Salte no setor saúde, especialmente no que se refere à Organização Hospitalar; 5 — O Serviço Social Médico e suas

funções na moderna organização hospitalar; 6 — Comentários sobre os resultados de uma pesquisa médico-social levada a efeito pelas assistentes sociais do Hospital das Clínicas e da Santa Casa da Capital, objetivando mostrar: a) A precariedade da Assistência Hospitalar quanto à falta de padronização e assistência diferenciada no interior do Estado; b) A falta de unidade e entrosamento entre a assistência hospitalar e saúde pública; c) Problemas de higiene rural sobrecarregando dois hospitais gerais da Capital; d) A falta de organização da comunidade no terreno da assistência social. Interferência do problema social como agravante ao problema médico-hospitalar; e) Os hospitais gerais da Capital onerados em suas diárias-leitos pela falta de hospitais satélites, ou de segunda plana para atender aos casos crônicos, incuráveis e convalescentes.

DIA 26 DE JANEIRO DE 1951

Presidente: Prof. Alvaro Guimarães Filho (Diretor da Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo).

A) O ponto de vista da enfermeira civil — D.^a Maria Rosa Souza Pinheiro — Rápido histórico da enfermagem no Brasil que explica a situação presente. Aparecimento da enfermagem moderna; legislação sobre o ensino da enfermagem e o exercício da profissão. A Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas e suas atividades.

— Estado atual da enfermagem no Brasil (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, práticos de enfermagem e outros. Tipos de escolas. Padrão de ensino). 3 — Problemas de enfermagem. Qualitativos e quantitativos; números e tipos de pessoas que praticam enfermagem, confrontados com as necessidades do país. Causas das deficiências e meios para combatê-las, do ponto de vista da enfermeira.

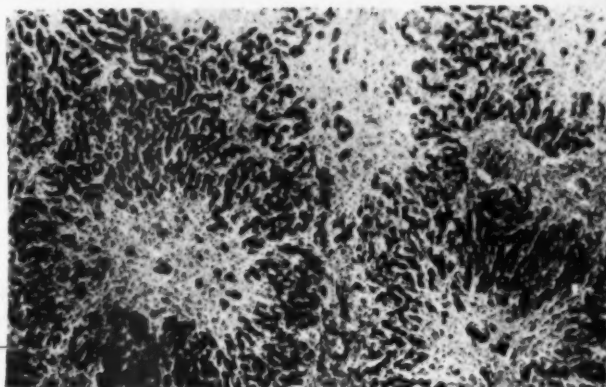
B) O ponto de vista da enfermeira religiosa — Madre Maria Aurea da Cruz. Neste relatório é

estudado o ponto de vista das enfermeiras religiosas quanto ao "problema da enfermagem", relatado pela União das Religiosas Enfermeiras do Brasil, que é órgão representativo e autorizado pela Autoridade Eclesiástica. Num primeiro capítulo é tratada a função específica da enfermeira religiosa, sendo citados os fundamentos bíblicos que alicerçam a enfermagem como função social, definindo-a no seu paralelismo com a Medicina: "Enquanto que a Medicina estuda o mal, alivia o doente, formula o prognóstico, almeja a cura, tentando recuperá-lo para o convívio social, a enfermagem é a solicitude que auxilia o enfermo a suportar e utilizar o sofrimento, no espírito da Comunhão dos Santos". São lembrados alguns dados históricos que mostram a contribuição da Igreja através dos séculos e particularmente o seu evoluir no Brasil em face da enfermagem moderna. Num breve sumário

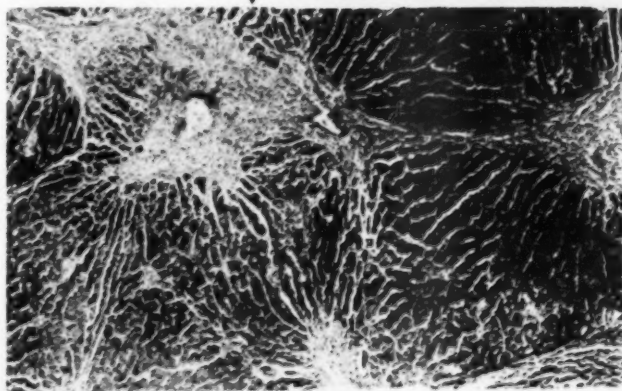
METIOCOLIN

A BASE DE METIONINA, COLINA E INOSITOL

Condensa
os 5 itens fundamentais
da moderna terapêutica
das *Hepatopatias Difusas*:



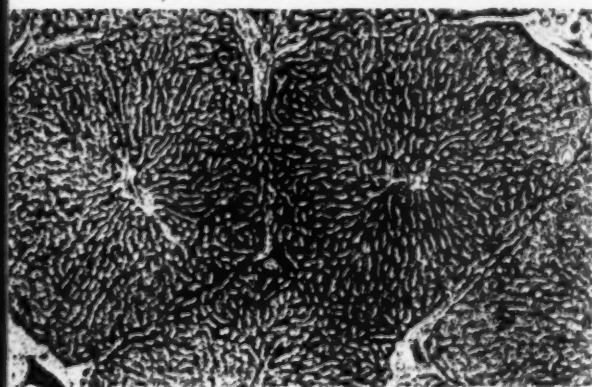
1)



2)

1) Da hepatite mais grave (necrose centro-lobular, esfacelo celular) à

2) Regeneração mais intensa (lóbulos de neoformação, hiperplasia epitelial) e, finalmente, ao



3) Fígado normal. é a sequência anátomo-clínica do emprego do **METIOCOLIN**

- 1 A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxôfre que contém.
- 2 O mesmo acontece com a colina.
- 3 Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 Metionina, colina e inositol constituem os chamados **agentes lipotróficos** conhecidos.
- 5 Estão associados em **METIOCOLIN**.

Indicações:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, enterocolites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzois e arsenóxidos; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como anti-tóxico geral.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — du Vigneaud, V. et al.: J. Biol. Chem., 131:57, 1939.
- 2 — du Vigneaud, V. et al.: Ibid., 134:787, 1940.
- 3 — Perlman, I. and Chaikoff, I. L.: J. Biol. Chem., 127:211, 1939.
- 4 — Perlman, I.; Stillman, N. and Chaikoff, I. L.: Ibid, 133:651, 1940.
- 5 — Kinsell, L. W.; Michaels, G. D.; Barton, H. C. and Weiss, H. A.: Ann. Int. Med., 29:881, 1948.
- 6 — McHenry, E. W. and Gavin, G.: Science, 91:171, 1940.
- 7 — Gavin, G. and McHenry, E. M.: J. Biol. Chem., 141:619, 1941.
- 8 — McFarland, M. L. and McHenry, E. W.: J. Biol. Chem., 159:605, 1945.
- 9 — Aylward, F. X. and Holt, L. E.: J. Biol. Chem., 121:61, 1937.
- 10 — McKay, E. M. and Barnes, R. H.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 38:410, 1938.
- 11 — Best, C. H. and Ridout, J. H.: Am. J. Phys., 122:67, 1938.
- 12 — Best, C. H. and Lucas, C. C.: Vitamins and Hormones. Vol. 1, 1945.
- 13 — Gyorgy, P. and Goldblatt, H.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 46:492, 1941.
- 14 — Daft, F. S.; Sebrell, W. H. and Lillie, R. D.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 48:228, 1941.
- 15 — Webster, G.: J. Clin. Invest., 20:440, 1941.
- 16 — Blumberg, H. and McCollum, E. V.: Science, 93:598, 1941.
- 17 — Gyorgy, P. and Goldblatt, H.: J. Exp. Med., 75:355, 1942.
- 18 — Beattie, J. and Marshall, J.: Nature, 153:525, 1944.
- 19 — Beattie, J. et al.: Brit. Med. J., 1:209, 1944.
- 20 — Alsted, G.: Am. J. Med. Sc., 213:257, 1947.
- 21 — Broun, G. O. and Muether, R. O.: J. A. M. A., 118:1403, 1942.
- 22 — Russakoff, A. H. and Blumberg, N.: Ann. Int. Med., 21:848, 1944.
- 23 — Beams, A. J.: J. A. M. A., 130:190, 1946.
- 24 — Morrison, L. M.: Ann. Int. Med., 24:465, 1946.
- 25 — Cayer, D.: Arch. Int. Med., 80:644, 1947.
- 26 — Morrison, L. M.: J. A. M. A., 134:673, 1947.
- 27 — Wilbur, D. L.: J. A. M. A., 134:598, 1947.
- 28 — Steigmann, F.: J. A. M. A., 137:239, 1948.
- 29 — Best, C. H.: Am. Lectures in Physiology. New York, 1948.
- 30 — Peters, R. A. et al.: Quart. J. Med., 14:35, 1945.
- 31 — Eddy, J. H., Jr.: Am. J. Med. Sc., 210:374, 1946.
- 32 — Ingelfinger, F. J. and Holt, C. L.: Med. Clin. North. Am., 30:1024, 1946.
- 33 — Wilson, C.; Pollock, M. R. and Harris, A. D.: Brit. Med. J., 1:399, 1945.
- 34 — Hoagland, C. L. and Shrank, R. E.: J. A. M. A., 130:615, 1946.
- 35 — Patek, A. J., Jr. and Post, J.: J. Clin. Invest., 20:481, 1941.
- 36 — Hoagland, C. L.: New York State J. Med., 143:1041, 1943.
- 37 — Goldstein, M. R. and Rosahn, P. D.: Con. M. J., 9:351, 1945.



PRAVIZ, LABORATÓRIOS S. A.

Rua Jandaia 20 - 30 — São Paulo - Brasil

HORMO GRAVÍDICO B'6

NATUREZA :

Plasma sanguíneo desproteínizado de animais fêmeas durante o período de gestação, *mais* Vitamina B'6.

INDICAÇÕES :

Toxemias Gravídicas. — Nauseas e Vômitos da Gestação. — Coréia Gravídica. — Anemias da Gravidez.

APRESENTAÇÃO : Frasco ampôla de 10 cm³.
Caixas de 6 ampôlas de 2 cm³.

INSTITUTO VITAL BRAZIL

Lab. Prod. Quím. Biol. S/A.

AV. 9 DE JULHO, 872 — FONE, 36-4259 — SÃO PAULO



POTENCIÔMETROS

PARA
DETERMINAÇÃO
DO **P. H.**

**L U T Z
FERRANDO**

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S.A.

R. DIREITA, 33



SÃO PAULO

é focalizada a psicologia profissional, principalmente em relação ao médico, sendo em outro capítulo analisada, com certa minúcia, a ação didática do médico nas escolas. Para terminar, são sumariados, sob o título "A impossível divergência", fatores éticos de magna importância para a profissão.

C) O ponto de vista do médico liberal — Dr. Pedro Ayres Netto. A importância da enfermagem nos Hospitais. A enfermeira, auxiliar imediata do médico. Principais aspectos do problema da enfermagem. Carência de enfermagem no Brasil. Aspectos legais. Escolas de enfermagem e as suas modalidades. Período de transição e de emergência. Possibilidades de melhoria do serviço de enfermagem nos Hospitais. Maneira de funcionamento dos serviços de enfermagem nos Hospitais-Escolas, Hospitais Benéficos e Casas de Saúde. Fator econômico. As dificuldades encontradas pelos diretores e administradores de Hospitais e o prejuízo que a falta de boa enfermagem causa aos doentes, aos médicos e aos Hospitais. Necessidade de maior incentivo para o estudo de enfermagem. Criação de novas escolas. Problemas de sua manutenção, funcionamento e matrículas. Auxiliares de enfermagem (atendentes, dactilógrafas, serviços, etc.). Os enfermeiros prático-licenciados e a situação presente e futura. Conclusões.

D) A enfermagem em face do médico sanitário — Dr. Humberto Pascale. Em face dos princípios hoje assentes, relativos à prática da assistência sanitária por parte dos Centros de Saúde, o médico sanitário encontra na enfermeira de saúde pública um auxiliar valioso e eficaz na obra de penetração junto às famílias, no sentido de transportar ao domicílio a atuação do Centro de Saúde, na promoção do bem-estar do ambiente e das pessoas que aí residem.

Com efeito, constituindo-se o curso de formação de enfermeira de saúde pública, das seguintes

disciplinas: Anatomia, Fisiologia e Biologia; Química fisiológica; Microbiologia e Imunologia; Psicologia educacional; Sociologia; Serviço Social; Arte da enfermagem; História da enfermagem; Ajustamento profissional; Introdução à ciência médica; Farmacologia; Clínica geral médica e cirúrgica; Alimentação, nutrição e cozinha; Clínica obstétrica e ginecológica; Puericultura e Pediatria; Clínica psiquiátrica; Enfermagem de saúde pública e Educação Física — dá-lhes, este acervo de conhecimentos, a capacidade de realizar, em contacto íntimo com a população assistida, os serviços de natureza assistencial prática, acaso reclamados pelo ambiente, estendendo, pois, de muito, o âmbito de ação do Centro de Saúde.

Há, porém, a considerar que, em nosso meio, muitas destas atividades também constituem parte do "currículum" de formação profissional da educadora sanitária, cujo curso se constitui das seguintes disciplinas: Noções de microbiologia aplicada à higiene; noções de parasitologia aplicada à higiene; noções de bioquímica; noções de parasitologia aplicada à higiene; noções de bioestatística; Epidemiologia e profilaxia; noções de diagnóstico de doenças transmissíveis; Higiene alimentar; Higiene do trabalho; Higiene mental; Higiene pré-natal; Higiene infantil; Higiene pré-escolar e escolar; Tisiologia; Venereologia e Leprologia; noções de enfermagem; Saneamento; Administração sanitária e Educação Sanitária.

Confrontados esses dois "currículos", percebe-se quão valiosos podem ser esses dois auxiliares, desde que colocados adequadamente na organização da unidade sanitária. Assim, a enfermeira de saúde pública em pleno campo, em contacto íntimo com as famílias assistidas, notadamente no meio rural, onde falecem todos os recursos desta natureza. Já a educadora sanitária devem ser reservados os trabalhos de natureza essencialmente educativa, agindo igualmente sobre o ambiente domiciliário, mas visando sobretudo à

formação da consciência sanitária. Como auxiliares imediatos do sanitaria, diferenciavam-se a enfermeira de saúde pública e a educadora sanitária pelo sentido "imediato" da assistência prestada pela pri-

meira, em que predomina uma enfermagem de cunho especial, e o sentido "mediato" da atuação da segunda, em que predomina o caráter extensivo de seu trabalho de educação sanitária.

Conclusões do III Congresso da Associação Paulista de Medicina

O III Congresso da Associação Paulista de Medicina realizado de 21 a 28 de janeiro de 1951, ocupou-se particularmente de três assuntos que constituíram os temas oficiais: a) aspectos medicocirúrgicos das afecções pulmonares, não tuberculosas; b) afecções cirúrgicas da tireoide; e c) "Socialização da Medicina".

Destes temas o que despertou maior interesse, foi indiscutivelmente o da socialização da medicina. Esse tema, que foi debatido em três sessões plenárias e em duas reuniões especiais, serviu de objeto a relatórios gerais e correlatórios particularizados, assim distribuídos: 1) Socialização da Medicina (relator-geral, dr. Durval Rosa Borges); 2) Desvantagens e vantagens da socialização da medicina (dr. Aniloel Nazareth); 3) A socialização da medicina no interior (dr. Clovis de Sá e Benevides); 4) Socialização da medicina (dr. Linneu Silveira); 5) A experiência mundial na socialização da medicina (prof. A. de Almeida Junior); 6) Custo da medicação: indústria farmacêutica e socialização da medicina (prof. Afranio do Amaral); 7) Medicina rural e socialização da medicina (prof. Samuel Pessoa); 8) Serviço público e socialização de medicina (dr. Humberto Pascale); 9) Seguro social e socialização da medicina (dr. Puech Leão); 10) Hospital e socialização da medicina (prof. A. Bernardes de Oliveira); 11) Medicina liberal e medicina socializada (prof. O. Monteiro de Barros); 12) Ética profissional e socialização da medicina (prof. Flaminio Favero); 13) Ensino médico e socialização

da medicina (dr. Ariovaldo de Carvalho); 14) Serviços assistenciais e socialização da medicina (dr. Antonio B. Lefèvre).

Ao cabo de muito estudo e longa discussão, chegou-se a uma série de conclusões, de caráter teórico e de orientação prática, tiradas dos vários trabalhos apresentados e das ideias expostas no decurso das sessões.

Essas conclusões, aprovadas por unanimidade no plenário do Congresso, são as seguintes:

A) Conclusões teóricas:

"A socialização da medicina está na dependência da socialização dos meios de produção, embora o regime capitalista não exclua a existência de serviços médicos inadequadamente socializados, ou, por qualquer forma, assalariados, como se tem verificado em numerosos países, inclusive o Brasil. Os principais motivos desta evolução são o fraco poder aquisitivo de grande parte da população e a progressiva complexidade da medicina, com seu consequente encarecimento. Uma das consequências dessa fase social tem sido o sacrifício da profissão médica, que passa a ser instrumento de interesses políticos e econômicos de toda ordem.

B) Conclusões práticas:

Diante da situação atual do país, é necessário que os médicos e as suas associações representativas aceitem alguns princípios básicos, que deverão servir como futura norma de ação. Para isso propomos:

1.º — Considerar nosso primeiro dever a assistência ao povo e acei-

tar a permanência dos atuais serviços médicos como uma das maneiras de realizá-la;

2.º — combater, entretanto, a socialização unilateral e integral da medicina atual e desastrosa para a nossa profissão;

3.º — aceitar a coexistência da medicina liberal e da "socializada", exercidas simultaneamente por grupos diversos de profissionais ou pelo mesmo indivíduo;

4.º — considerar a medicina, a ser prestada nos serviços socializados, como uma unidade, não distinguindo suas atividades curativas das preventivas. Favorecer o ensino de especialidades referentes às atividades médico-sociais;

5.º — promover a planificação dos serviços prestados pelas organizações oficiais, para-estatais, autárquicas e particulares, afim de evitar o desperdício dos recursos financeiros e a dispersão das atividades médicas. Estender urgentemente os benefícios destes serviços às populações rurais;

6.º — considerar, no momento atual, as caixas e institutos de aposentadoria e pensões como os órgãos mais indicados para a distribuição da assistência médica "socializada". Deverão essas entidades possuir ambulatórios polivalentes e manter quadro completo e adequado de funcionários médicos;

7.º — dentro do seguro social, o médico deve ser considerado elemento essencial, merecendo remuneração condigna e desfrutando ambiente científico que o estimule ao estudo e à pesquisa;

8.º — Os Serviços Sociais (Sesi e Sesc) não devem, a qualquer título, fazer concorrência às caixas e institutos na prestação do mesmo benefício. Quando coexistentes, deverão aqueles desenvolver ação supletiva destes;

9.º — afim de que o exercício da medicina liberal não seja prejudicado pelos abusos nos serviços prestados pelo Seguro Social, devem estes ser organizados em bases uniformes e suficientes, não per-

mitindo a concessão de regalias de qualquer natureza aos segurados;

10 — combater o trabalho médico gratuito. Fixar em 4 horas a duração máxima normal do trabalho médico. Considerar salário mínimo o correspondente a este horário e que cubra as necessidades básicas do médico, independentemente de sua atividade fora do emprego; e

11 — especificamente, à Associação Brasileira de Medicina cabe organizar, em colaboração com os órgãos competentes e com o auxílio das entidades médicas associadas, um plano assistencial para o Brasil em conjunto e para cada unidade federativa em particular, dentro dos princípios gerais aqui aceitos, servindo ao povo e defendendo a profissão. Além da organização desse plano, deverá a A. B. M. zelar pela sua correta e eficiente execução".

Segundo se vê, procurou a classe médica ser realista e descobrir o justo meio termo para a orientação de suas atividades profissionais e norma de ação no meio social brasileiro. Tema dos mais delicados e perigosos, esse da socialização da medicina prastava-se a toda ordem de explorações de correntes extremadas, cujos representantes, naturalmente, iriam procurar tirar partido do descontentamento que se nota entre os médicos para influir em suas decisões. Todavia, mantiveram-se firmes e coesos os facultativos, não tomando conhecimento de moções e propostas apresentadas, seja nas reuniões plenárias do Congresso, seja nas sessões particularizadas, da comissão especial de "socialização", e que envolviam princípios ideológicos estranhos aos objetivos do certame e aos anseios da classe.

O preço dos medicamentos. Entre as teses apresentadas à consideração do conclave despertou geral curiosidade e profundo interesse aquela relativa ao "custo da medicação: indústria farmacêutica e socialização da medicina".

De autoria do prof. Afranio do Amaral, o estudo apresentado procurou primeiro examinar as vanta-



Tudo que o Dr. e a enfermeira podem exigir de um esparadrapo

e mais a garantia da ↘

Johnson & Johnson

— O NOME DE MAIOR CONFIANÇA
EM PRODUTOS CIRÚRGICOS



Exija o NOVO
ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL

Johnson & Johnson

ADERÊNCIA INSTANTÂNEA
ISENTO DE REACÇÃO CUTÂNEA
IMPERMEÁVEL
NOVA FÓRMULA "L.D."
EMBALAGEM METÁLICA
FÁCIL DE DESENROLAR

gens e desvantagens da subordinação de medicina ao Estado e do assalariamento dos médicos, para, em seguida, focalizar os perigos da superburocratização dos serviços previdencias e securitarios a cargo do Estado e o risco que, para a propria estabilidade do sistema, decorre do desvio das verbas destinadas à assistência propriamente dita, uma vez que a maior parte delas é consumida na manutenção do dispendioso, moroso e nocivo aparelho administrativo.

Falando com grande conhecimento de causa, estribado em sua experiência de mais de 30 anos com esses problemas de produção de substâncias medicamentosas e dietéticas, o relator exibiu graficos, baseados em balanços de numerosos laboratórios farmaceuticos, e apresentou dados relativos ao progressivo encarecimento que os produtos sofrem ao transitar pela mão dos intermediarios, distribuidores e varejistas. No tocante aos produtos biologicos, justamente aqueles cuja atividade terapeutica maior confiança deve normalmente inspirar à classe medica, o dr. Afranio do Amaral referiu-se à negligência dos nossos governos no exercício da fiscalização que lhe compete exercer à luz das inumeras leis, decretos e portarias que regem a materia, negligência que dá margem a toda sorte de abusos, sempre em detrimento do interesse da economia e da saúde do consumidor.

Baseada nesse longo e minucioso trabalho, foi aprovada pelo Congresso, por aclamação, a seguinte moção:

"O 3.º Congresso da A.P.M.:

considerando que, a par da promoção do direitos dos médicos, cobe à nossa classe defender, com igual zelo, o interesse dos doentes;

considerando que o crescente custo da medicação e da dietetica, contrastando com o baixo nível

economico de grande parte da população brasileira, serve de impedimento à aplicação de tratamento moderno e adequado a elevada porcentagem de enfermos, e torna, assim, precario em muitos casos o resultado da terapeutica instituida;

considerando que esse alto custo da medicação e da dietetica, se é agravado em certos casos pela complacencia de alguns profissionais, decorre sobretudo da ganancia dos intermediarios e distribuidores e da improbidade da maioria dos produtores ou importadores, abrigados na certeza da ineficiencia, por vezes criminosa, da fiscalização que aos governos normalmente cabe exercer, da produção e comercio de medicamentos.

considerando que, para possuir ou adquirir eficiência, é mister apresente essa fiscalização carater realmente nacional e uniforme;

considerando, outrossim, que o plenário acaba de significar sua formal aprovação às conclusões de carater teorico e de objetivos praticos que a comissão especial elaborou à luz dos relatorios, correlatorios, comunicações, propostas e moções, que no desenrolar do presente certame foram oferecidos à consideração deste congresso, a proposito da tese fundamental "Socialização da Medicina";

considerando finalmente, que, no presente conclave, foram coroados de pleno exito nossos crescentes esforços e realizados os anseios gerais para a fundação da Associação Brasileira de Medicina:

resolve encarecer a conveniência de ser o "controle" da medicação e da dietetica incluído entre as atribuições fundamentais da Associação Brasileira de Medicina, à semelhança do que, com indiscutivel vantagem para os clínicos e para os enfermos, vem fazendo nos Estados Unidos a prestigiosa "American Medical Association".

Philergon - Fortifica de fato

DRAGEAS

DESENSIBILISAÇÃO
AOS CHOQUES

GRANULADOS

PEPTALMINE

ENXAQUECAS

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS

Por ASSIMILAÇÃO DEFEITUOSA

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

Única distribuidora para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA.

Rua Riachuelo, 242 — Rio

URTICARIA

ESTROPHULOS

PRURIDOS - ECZEMAS

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos ultimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- I — Anatomia, Embriologia e Histologia
- II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia
- III — Endocrinologia
- IV — Microbiologia e Higiene
- V — Patologia geral e Anatomia Patológica
- VI — Medicina geral
- VII — Pediatria

- VIII — Neurologia e Psiquiatria
- IX — Cirurgia
- X — Obstetricia e Ginecologia
- XI — Oto-rino-laringologia
- XII — Oftalmologia
- XIII — Dermatologia e Venereologia
- XIV — Radiologia
- XV — Tuberculose.

Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaat — Amsterdam C. — Holanda.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

Única distribuidora para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA.

Rua Riachuelo, 242 — Rio

Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo.

AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS
INTESTINAL PELO DERIVADO
FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

Médico radiologista

Radiodiagnóstico e Radioterapia

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone, 4-0655

(EDIFÍCIO PASTEUR)

Residência:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941

Laboratórios Novotherápica S.A.
SEÇÃO ORTOPÉDICA



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS
APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

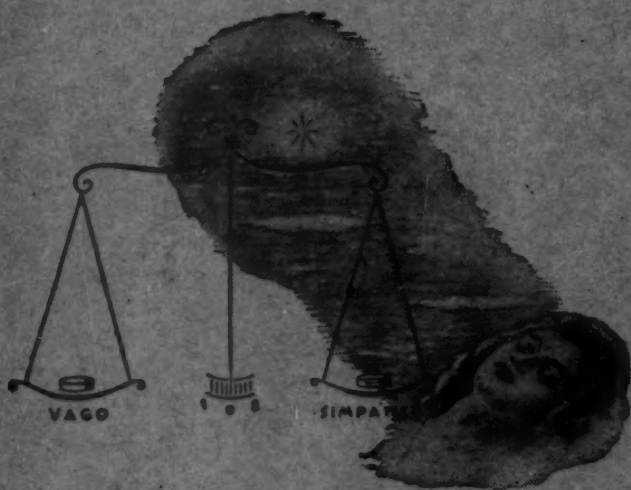
Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 33-2833 - CX. POSTAL, 384

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo